



PRÉAMBULE

Le rapport final du Comité d'action pour l'inclusion, la diversité et l'équité

11 novembre 2022

Chers membres de la communauté du CUSM,

J'ai le plaisir de partager aujourd'hui le rapport final du Comité d'action pour l'inclusion, la diversité et l'équité (C-AIDE) en français et en anglais, tel qu'exigé par la loi.

Rappelons que le 23 septembre 2022, les coprésidentes du C-AIDE, M^{me} Seeta Ramdass et la D^{re} Anita Brown-Johnson, ont présenté les points saillants des résultats de l'étude et les dix recommandations du comité lors de la séance publique du conseil d'administration du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Ce jour-là, le conseil a également adopté ces recommandations. Depuis, un abrégé administratif du rapport est disponible en ligne en anglais, français, inuktitut et cri.

Le rapport aborde les nombreuses facettes de l'équité, de la diversité et de l'inclusion et comprend des expériences vécues au CUSM et/ou à l'Institut de recherche du CUSM (IR-CUSM). Certains incidents et déclarations qu'il contient sont troublants.

Il a fallu du courage à nos patients, bénévoles, professionnels de la santé et personnel de soutien pour accepter de partager leurs expériences. Il nous faut maintenant faire preuve d'humilité et apporter des changements positifs, car les questions soulevées ne sont pas uniques au CUSM et à l'IR-CUSM, ni même au système de santé. En effet, les thèmes dominants du rapport soulèvent des questions importantes que nous ne pouvons ignorer, individuellement, collectivement en tant qu'organisation et plus largement en tant que société. Nous ne prétendons pas détenir toutes les réponses et c'est pourquoi nous élaborons présentement un plan d'action en réponse aux préoccupations soulevées par le rapport du C-AIDE.

Je veux profiter de l'occasion pour exprimer ma gratitude envers ceux dont les voix donnent vie aux pages de ce rapport. Je tiens également à remercier une fois de plus les membres du C-AIDE pour avoir mené à bien ce mandat malgré les difficultés liées à la COVID-19. La communauté du CUSM regroupe un ensemble diversifié, aussi bien en ce qui concerne la population desservie que sa main-d'œuvre et ses bénévoles.

Se respecter mutuellement et apprendre les uns des autres devraient être notre ultime objectif. Travaillons ensemble afin d'apprécier la diversité qui contribuera à assurer un milieu de travail sain et des services de santé équitables et inclusifs.

Pierre Gfeller, MD, CM, MBA
Président-directeur général, CUSM

Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre

RAPPORT FINAL

Comité d'action pour l'inclusion, la diversité et l'équité (C-AIDE), Conseil d'administration du CUSM

*Sondages et évaluation qualitative des perspectives
en matière d'ÉDI dans la communauté du CUSM :
résultats et recommandations*

23 septembre 2022



REMERCIEMENTS

Au nom du C-AIDE, nous – les coprésidentes du comité – souhaitons reconnaître le courage et la ténacité des répondants qui ont participé à cette étude, en particulier ceux qui ont partagé des expériences vécues. Nous tenons à souligner qu'en dépit de la nature des défis soulevés, les participants ont exprimé leur appréciation du CUSM et de sa mission, ainsi que de la possibilité de travailler avec des collègues dévoués et multidisciplinaires qui ont à cœur l'excellence des soins aux patients.

Les membres du C-AIDE représentaient un large éventail d'expériences vécues, de points de vue et de perspectives. Cela a favorisé un espace fertile pour une écoute attentive, sans jugement, et pour entendre des témoignages sensibles. La diversité des disciplines, de l'identité culturelle et de genre, de l'orientation sexuelle, de l'âge, de la capacité physique, de la religion, de la race, de l'intersectionnalité et de l'expertise en matière d'équité, de diversité et d'inclusion (ÉDI) a contribué à la formulation des recommandations du C-AIDE. Nous remercions chacun d'entre eux pour leur contribution respective, de la même manière que nous remercions la consultante indépendante en recherche qui a été chargée d'aider à la collecte puis à l'analyse des données.

Nous tenons également à reconnaître et remercier le président du conseil d'administration du CUSM, M. Peter Kruyt, de nous avoir confié cette initiative sans précédent, qui a finalement conduit à ce rapport. Nous sommes touchées par ce que nous avons appris en écoutant, en entendant et en documentant les perspectives et les expériences partagées par l'atout le plus précieux du CUSM – son personnel – et celles de sa raison d'être – ses patients.

Nous espérons que ce rapport servira de base au plan d'action sur l'ÉDI du CUSM et qu'il soutiendra l'intégration des principes et des valeurs de l'ÉDI à tous les niveaux de l'organisation, au profit de ses patients, de son personnel et de ses partenaires.

Nous sommes fières d'avoir eu l'occasion de contribuer au succès futur de l'organisation et nous sommes convaincues que la direction du CUSM a la volonté institutionnelle et le courage d'apporter des changements audacieux.

Dr^e Anita Brown-Johnson, Coprésidente du C-AIDE
Directrice, Médecine familiale, CUSM
Membre du conseil d'administration du CUSM (désignée par le département régional de médecine générale)

M^{me} Seeta Ramdass, Coprésidente du C-AIDE
Membre du conseil d'administration du CUSM (désignée par le comité central des usagers)

TABLE DES MATIÈRES

A. Abrégé administratif	4-7
1. Introduction	8
2. Contexte et objectifs	9-10
3. Méthodes d'étude	11-13
4. Résultats des sondages	14-28
5. Résultats des entretiens semi-structurés et des discussions de groupes	29-34
6. Thèmes dominants	35-77
7. Discussion	78-85
8. Limites et points forts	86-89
9. Recommandations	90
10. Conclusion	91
11. Glossaire des termes	92
12. Références	93-97

ABRÉGÉ ADMINISTRATIF

RAPPORT DU COMITÉ D'ACTION POUR L'INCLUSION, LA DIVERSITÉ ET L'ÉQUITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

CONTEXTE

La sensibilisation mondiale croissante aux incidents et aux défis en matière d'équité, de diversité et d'inclusion (ÉDI) a incité de nombreuses organisations des secteurs public et privé à conduire un examen de leurs politiques et procédures. Le 19 juin 2020, le président-directeur général du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le Dr Pierre Gfeller, a publié un message dans lequel il déclarait que « *la persistance du racisme et de toutes formes de discrimination en 2020 est inquiétante, bouleversante et répréhensible (...)* » et que « *le conseil d'administration se penchera sérieusement sur les actions nécessaires à mener pour intégrer les principes d'équité, de diversité et d'inclusion dans tous les aspects de nos institutions et façonner l'avenir que nous voudrions pour nous-mêmes et nos enfants.* » Peu de temps après, le conseil d'administration du CUSM a invité deux de ses membres, la D^{re} Anita Brown Johnson et M^{me} Seeta Ramdass, à coprésider un comité et obtenir une vue d'ensemble de la situation au sein de la communauté du CUSM. Les coprésidentes ont formé ce comité de membres diversifiés et lui ont donné le nom de Comité d'action pour l'inclusion, la diversité et l'équité (C-AIDE). Le comité a commencé son travail immédiatement, malgré les défis liés à la pandémie de COVID-19.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'initiative visait à recueillir des données socioculturelles et démographiques afin de dresser un portrait de la main-d'œuvre de l'institution (CUSM et IR-CUSM) et de documenter ses perspectives et ses expériences vécues en lien avec l'ÉDI au sein de celle-ci. L'avant-dernier objectif était de collecter des données fondées sur des preuves probantes susceptibles d'alimenter des recommandations inspirées par la communauté qui seraient présentées au conseil d'administration, l'objectif ultime étant de voir l'institution devenir aussi accueillante, sûre et inclusive que possible grâce à l'intégration des recommandations dans un plan d'action à l'échelle de l'organisation.

MÉTHODES

C-AIDE a utilisé une méthode mixte pour recueillir les données : (a) deux questionnaires anonymes en ligne ont été élaborés et diffusés par voie électronique auprès du personnel du CUSM et de l'IR-CUSM, y compris les bénévoles du CUSM ; (b) des entretiens semi-structurés, des discussions de groupe et des réponses écrites aux questions posées ont constitué la principale source de données qualitatives.

RÉSULTATS, LIMITES ET PRINCIPAUX RÉSULTATS

Le CUSM et l'IR-CUSM (y compris les apprenants et les bénévoles) représentent ensemble un effectif de plus de 16 000 personnes. 712 personnes au CUSM et 228 à l'IR-CUSM ont rempli les questionnaires, une participation en deçà des attentes, mais qui peut s'expliquer par la fatigue du personnel et la pénurie de main-d'œuvre, la prévention et le contrôle des infections et d'autres mesures liées à la pandémie de COVID-19 ainsi que l'accès inégal aux ordinateurs et aux courriels dans l'institution.

Sondages (questionnaires)

- Sept répondants sur dix s'identifient en tant que femmes (CUSM et IR-CUSM) ;
- La majorité des répondants sont âgés de 31 à 65 ans (CUSM et IR-CUSM) ;
- 6,1 % des répondants du CUSM et 4,9 % de l'IR-CUSM s'identifient comme ayant un handicap.

- d) 1,1 % des répondants du CUSM et 0,9 % de l'IR-CUSM s'identifient comme Autochtones, c'est-à-dire des Premières nations, des Inuits et des Métis.
- e) Deux répondants sur cinq s'identifient comme membres d'une minorité ethnique (CUSM et IR-CUSM) ;
- f) 7,2 % des répondants du CUSM et 9,3 % de l'IR-CUSM s'identifient comme des personnes d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre / 2SLGBTQIA+¹ ; minoritaires ;
- g) Les deux principales origines auxquelles s'identifie la population étudiée (CUSM et IR-CUSM) sont les autres origines d'Amérique du Nord (ex. : québécoise, acadienne, canadienne, américaine), suivies des origines d'Europe du Sud (ex. : grecque, italienne, maltaise, espagnole). Au sein de la population étudiée par le CUSM, les origines antillaises (p. ex., antiguaise, bahamienne, antillaise, haïtienne) se classent au troisième rang, tandis que parmi les participants à l'enquête de l'IR-CUSM, ces origines se classent au 14^e rang. Les répondants à l'enquête de l'IR-CUSM citent les pays du Royaume-Uni (Angleterre, Irlande du Nord, Écosse et Pays de Galles), les îles anglo-normandes et l'Irlande comme troisième origine.

Entretiens semi-structurés, discussions de groupe et réponses écrites

Les participants ont partagé différents incidents qu'ils ont vécus eux-mêmes ou dont ils ont été témoins au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Ils ont également partagé leurs points de vue et leurs idées.

Thèmes

Dix thèmes dominants sont ressortis des évaluations et sont présentés ci-dessous, sans ordre de priorité particulier :

1. Reconnaissance de préjugés et de racisme systémiques par l'institution : Les participants à l'étude ont rapporté leurs propres expériences et/ou observations d'incidents de racisme et de diverses formes de discrimination dans l'institution, y compris le manque de diversité raciale dans les postes de direction et de gestion dans toute la hiérarchie organisationnelle. Certains participants demandent que la direction du CUSM reconnaisse l'existence de préjugés et de racisme systémiques dans l'établissement.

2. Expériences d'ismes et de phobies : Les participants ont partagé diverses expériences d'ismes et de phobies qu'ils ont rencontrées eux-mêmes ou dont ils ont été témoins au sein de l'institution, incluant sans toutefois s'y limiter, la xénophobie, le racisme envers les communautés asiatiques, noires et autochtones, les préjugés liés au genre et à l'identité de genre, le sexisme, le harcèlement sexuel, le cishétérosexisme, l'homophobie et la transphobie, l'âgisme, le capacitisme, l'islamophobie, la discrimination linguistique, etc.

3. Diversité de la main-d'œuvre : Les participants ont cité la sous-représentation de la diversité dans les postes de personnel, de direction et de gestion. Pour nombre d'entre eux, la représentation est importante à tous les niveaux de l'institution. Les participants ont noté qu'en raison de groupes homogènes et de la sous-représentation de la diversité dans les postes de haute direction, il est impossible pour une minorité visible d'atteindre un certain objectif de carrière. Les répondants ont observé qu'on retrouve surtout les minorités visibles à des postes d'emploi de niveau inférieur comme les nettoyeurs, les concierges, et que très peu atteignent les échelons supérieurs de l'administration. Ils ont également soulevé des préoccupations concernant les obstacles à l'avancement des femmes et à ceux qui ne sont pas des « Canadiens français » à des postes de niveau supérieur.

4. Ressources humaines : Les participants ont fait part de leurs préoccupations concernant les pratiques d'embauche, l'inégalité salariale et l'iniquité au CUSM, notamment la disparité salariale entre les employés masculins et féminins. Les participants ont également souligné le parti pris dans les processus d'embauche et de sélection pour les comités et les postes de direction.

¹ « Les minorités d'orientation sexuelle et d'identité de genre (2SLGBTQIA+) » désignent les personnes dont l'orientation sexuelle est autre qu'hétérosexuelle/hétéro et/ou les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été attribué à la naissance. 2SLGBTQIA+ signifie bispirituel, lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou en questionnement, intersexe, asexuel ou autre.

5. Leadership et personnel d'encadrement : Les répondants aux sondages (questionnaires) et les participants à l'évaluation qualitative ont fait part de leurs préoccupations et exprimé leurs idées sur le personnel d'encadrement et le leadership, en partageant des situations et des incidents discriminatoires impliquant des superviseurs/gestionnaires. Certains ont décrit avoir été traités de manière irrespectueuse, agressés verbalement, harcelés et humiliés par des superviseurs et des cadres supérieurs de l'institution. Des attaques verbales contre des membres du personnel en raison de leur origine ethnique différente ont été décrites dans les deux évaluations. Les participants ont également indiqué que la hiérarchie actuelle et la dynamique du pouvoir au CUSM et à l'IR-CUSM empêchaient toute discussion constructive et sûre sur les préjugés et la discrimination.

6. Les patients et la qualité des soins : Les participants ont mentionné la manière dont certains professionnels de la santé ont fait preuve de préjugé envers les patients d'origine ethnique visible, soulignant également le style de communication inapproprié et désobligeant envers ces patients. Les participants étaient préoccupés sur la capacité de l'ensemble du personnel de santé à comprendre les besoins de leurs patients, leurs croyances culturelles, religieuses et spirituelles, et les obstacles auxquels les patients sont confrontés lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins.

7. Éducation, enseignement et formation : Les participants ont identifié la nécessité de recevoir des formations sur l'antiracisme, la sécurité et la sensibilité culturelles, les préjugés conscients et inconscients, la résolution de conflits et la désescalade pour tous les employés et les médecins à tous les niveaux, avec des sessions adaptées à des domaines spécifiques tels que le personnel en contact avec les patients, et la formation des hauts dirigeants sur le leadership inclusif.

8. Stagiaires et étudiants : Les stagiaires et les étudiants ne font pas partie des répondants aux questionnaires et sont sous-représentés dans l'évaluation qualitative. Il a été extrêmement difficile d'obtenir la confiance d'un stagiaire ou d'un étudiant pour qu'il accepte de parler à C-AIDE de ses expériences au CUSM et/ou à l'IR-CUSM ; ils ont en effet exprimé leurs inquiétudes et leurs craintes sur des répercussions et torts éventuels que cela pourrait avoir sur leur jeune carrière.

9. Opportunités en matière d'ÉDI : Les participants voient de nombreuses possibilités d'ÉDI et préconisent des stratégies à long terme et un changement de culture au CUSM et à l'IR-CUSM en matière d'ÉDI. Les commentaires recueillis allaient de la prise d'actions nécessaires pour permettre une plus grande représentation de la diversité socioculturelle dans les pratiques d'embauche et de promotion, à l'exposition d'œuvres d'art, de portraits et/ou d'autres iconographies représentant la population diversifiée du Québec, en passant par les préoccupations concernant la langue et le système archaïque avec des préjugés implicites dans l'institution. Les participants ont également ajouté des suggestions et des commentaires positifs, comme la réalisation d'une évaluation de la culture organisationnelle afin de mettre à jour les valeurs du CUSM pour qu'elles soient plus inclusives, la représentation de la diversité du CUSM dans les publications et le matériel de communication, et la mise en valeur des réussites. Deux suggestions liées aux structures organisationnelles ont été formulées, à savoir un moyen de signaler les incidents discriminatoires ou motivés par les préjugés de façon anonyme, sans avoir peur de répercussions, et la création d'un bureau ÉDI ou la désignation d'une personne ÉDI qui pourrait être consultée sur les questions en matière d'ÉDI, soutenir la coordination des activités d'ÉDI et s'assurer que les politiques et les procédures suivent les principes et les meilleures pratiques en matière d'ÉDI.

10. Expériences positives : Malgré les résultats liés aux préjugés et au traitement discriminatoire, il est important de souligner que les répondants aux questionnaires et à l'évaluation qualitative ont partagé avec C-AIDE des expériences positives et non discriminatoires. L'un des éléments les plus couramment cités parmi les expériences positives est la façon dont les relations professionnelles et collaboratives au sein de l'équipe immédiate contribuent à la culture/l'environnement de travail global et au sentiment de bien-être. Les participants ont également exprimé leur désir commun d'aider les patients par tous les moyens possibles.

RECOMMANDATIONS

Les conclusions de l'étude mènent aux recommandations suivantes, fondées sur des données probantes et inspirées par la communauté, que C-AIDE met respectueusement de l'avant. Elles représentent un point de départ pour que le CUSM et l'IR-CUSM investissent dans l'ÉDI, ce qui contribuerait à faire de ces institutions des chefs de file mondiaux en matière d'ÉDI pour leur personnel et leurs patients, et des experts en soins de santé, services sociaux, éducation et recherche socioculturellement inclusifs, sensibles et équitables.

1. **Offrir une éducation et une formation en ÉDI** : rendre obligatoire la formation portant sur la diversité, les préjugés inconscients et la sécurité culturelle pour l'ensemble du personnel, des médecins, des apprenants, ainsi que pour les personnes nouvellement embauchées.
2. **Développer des politiques et des procédures d'ÉDI dans toutes les sphères du CUSM et de l'IR-CUSM** : de la représentation culturelle au niveau du recrutement et de la promotion du personnel issu de minorités visibles, de milieux marginalisés ou de communautés sous-représentées en passant par la recherche et les communications.
3. **Créer un système de signalement sûr et anonyme** : afin d'aborder les enjeux en matière de discrimination, de racisme et de préjugés de toutes sortes.
4. **Créer un bureau ÉDI/désigner un responsable ÉDI** : afin de superviser la formation et l'éducation en matière d'ÉDI à tous les niveaux du CUSM et de l'IR-CUSM, s'assurer que les politiques et les procédures institutionnelles reflètent les principes de l'ÉDI, être le gardien des outils et des ressources sur l'ÉDI et agir comme un service de conseil/consultation sur les questions relatives à l'ÉDI et à l'antiracisme.
5. **Reconnaître les peuples autochtones** : reconnaître ceux qui ont vécu et travaillé autrefois sur ce territoire et qui continuent à le faire en incluant une déclaration de reconnaissance des terres sur le site Web du CUSM, en utilisant les espaces physiques pour tenir compte des peuples autochtones et en adoptant le principe de Joyce.
6. **Renforcer la sécurisation culturelle, l'équité dans l'accès, la continuité, la qualité et la sécurité des services** : cela comprend des services en santé mentale et de lutte contre les dépendances, empreints de sensibilité et misant sur la sécurisation socioculturelle, davantage de guérisseurs/aides culturels naturels et holistiques, de soignants et de travailleurs psychosociaux inuits, et davantage de services communautaires pour les familles.
7. **Améliorer l'accessibilité et les aménagements pour les personnes présentant un handicap** : cela devrait inclure le sous-titrage des réunions publiques en ligne, la langue des signes (ASL), l'accès optimal en fauteuil roulant à tous les services de l'institution, y compris les salles de bain, les équipements d'imagerie, la signalisation, des services de vidéoconférence accessibles, la LSQ (la Langue des signes du Québec) et des interprètes oraux, etc.
8. **Collecter des données socioculturelles sur les patients desservis et le personnel de l'établissement** : cela devrait inclure la mise en œuvre de processus pour documenter les indicateurs de performance clé concernant l'ÉDI et l'examen continu des résultats.
9. **Intégrer l'engagement, les valeurs et les initiatives en matière d'ÉDI dans le plan stratégique du CUSM** : cela permettra de soutenir le leadership en matière d'ÉDI dans l'ensemble de l'institution.
10. **Inciter le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à procéder à une révision de la formation « Sensibilisation aux réalités autochtones », en incluant d'autres experts sur les questions autochtones.**

1. INTRODUCTION

En septembre 2020, à la suite d'un appel à l'action lancé par le président du conseil d'administration, Peter Kruyt, et le président-directeur général, Dr Pierre Gfeller, le conseil d'administration du CUSM a formé le Comité d'action pour l'inclusion, la diversité et l'équité (C-AIDE) et a confié à deux coprésidentes (la D^{re} Anita Brown-Johnson et M^{me} Seeta Ramdass, membres du conseil d'administration) le soin de constituer le comité et de remplir le mandat sur lequel les membres s'étaient entendus (voir pages 10 et 11, tableaux 2 et 3).

Ce rapport présente les conclusions et les recommandations du C-AIDE après deux années de travail. Les auteurs tiennent à souligner que les directives gouvernementales découlant de la pandémie de COVID-19 ont retardé cette importante initiative et ont eu un impact tangible sur la participation, comme l'exprime la section sur les limites. Néanmoins, les conclusions et les recommandations confirment que beaucoup de bien a été accompli.

En consultant les parties prenantes, le C-AIDE a cherché à recueillir des données socioculturelles et démographiques afin de brosser un portrait de la main-d'œuvre de l'institution (CUSM et IR-CUSM) et de documenter ses perspectives et ses expériences vécues en lien avec l'ÉDI au sein de celle-ci. L'avant-dernier objectif était de collecter des données fondées sur des preuves probantes susceptibles d'alimenter des recommandations inspirées par la communauté, qui seraient présentées au conseil d'administration, l'objectif ultime étant de voir l'institution devenir aussi accueillante, sûre et inclusive que possible grâce à l'intégration des recommandations dans un plan d'action à l'échelle de l'organisation.

En 2021, le C-AIDE a estimé qu'il disposait de suffisamment de données empiriques pour soumettre six recommandations préliminaires. Le conseil d'administration a adopté les cinq premières recommandations, énumérées ci-dessous :

Tableau 1 – Recommandations préliminaires

1. Nommer un responsable ÉDI (une autorité indépendante de type ombudsman au service de la main-d'œuvre du CUSM qui serait en mesure de maintenir l'impartialité).
2. Mettre en œuvre une formation obligatoire sur les préjugés implicites et la sécurité culturelle pour tous les intervenants du CUSM (dans tous les départements et à tous les niveaux de l'organisation, y compris dans les comités d'embauche/de recherche de candidats) :
 - a) Lancer une campagne d'éducation pour sensibiliser aux valeurs de l'ÉDI et aux inégalités en matière de soins de santé
 - b) Offrir des outils et des ressources pour faciliter l'acquisition des attitudes et des comportements souhaités
 - c) Faire en sorte que les services de consultation socioculturelle et d'interprétation soient largement disponibles dans l'ensemble du CUSM
 - d) Assurer l'engagement de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et de la Direction de l'enseignement pour le succès de l'exécution
3. Inclure le sous-titrage dans toutes les rencontres et tous les événements publics, si la technologie le permet
4. Adopter le Principe de Joyce
5. Intégrer l'engagement, les valeurs et les initiatives en matière d'ÉDI dans le plan stratégique du CUSM
6. Inclure une déclaration de reconnaissance des terres sur le site Web du CUSM et dans les événements publics

Le présent rapport final s'appuie sur ce qui précède.

2. CONTEXTE ET OBJECTIFS

Le niveau général de sensibilisation au racisme et à toutes les formes de discrimination n'a jamais été aussi élevé dans le monde. La pandémie de COVID-19 et le meurtre très médiatisé de George Floyd, un Noir, par un policier blanc en 2020, ont mis davantage en évidence les disparités socioculturelles auxquelles sont confrontées les communautés marginalisées et minoritaires, élargissant rapidement le mouvement Black Lives Matter et amplifiant la sensibilisation au racisme et aux injustices sociales. Les résultats des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada en 2015 ont créé un précédent dans les efforts de notre pays pour reconnaître et traiter les questions de racisme, de marginalisation et de multiples niveaux d'inégalités socioculturelles auxquelles sont confrontées les communautés autochtones. En outre, le gouvernement du Canada a reconnu le racisme systémique envers les personnes noires dans sa Stratégie antiraciste 2021-2022, tout comme le rapport du Groupe de travail d'experts des Nations Unies sur les personnes d'ascendance africaine lors de sa mission au Canada.

Les décès d'Akeem Scott (un jeune homme noir dont la famille pense que le profilage racial par un hôpital de Montréal a joué un rôle dans sa mort ; voir les références), de Mireille Ndjomouo (une mère québécoise noire qui a publié une vidéo d'elle-même plaidant pour être transférée d'un hôpital de Montréal où elle ne se sentait pas en sécurité ; voir les références) et la mort très médiatisée de Joyce Echaquan (une mère autochtone qui a publié une vidéo d'elle se faisant insulter par le personnel de l'hôpital) ont tiré la sonnette d'alarme quant aux pratiques socioculturelles néfastes au sein du système de soins de santé au Québec.

Les événements susmentionnés et la sensibilisation mondiale croissante aux inégalités socioculturelles systémiques ont incité de nombreuses organisations des secteurs public et privé à examiner leurs politiques et procédures dans le contexte de l'équité, de la diversité et de l'inclusion (ÉDI). Grâce à l'engagement du CUSM envers l'excellence et l'innovation en matière de soins aux patients, de recherche, d'éducation et d'évaluation des technologies, ainsi qu'à sa reconnaissance du fait que l'ÉDI est une responsabilité collective, le CUSM et l'IR-CUSM se sont engagés dans cette entreprise.

Tableau 2 – Mandat

- i. S'engager auprès d'un large éventail d'intervenants au sein de la communauté du CUSM (communiquer, écouter, entendre) qui, en exprimant leurs points de vue, en partageant des idées et en proposant des solutions, aideront à identifier les paramètres nécessaires pour donner une image précise de la réalité actuelle de l'ÉDI au sein du CUSM, et la méthodologie optimale pour recueillir les données;
- ii. Identifier toutes les initiatives en cours au CUSM et dans l'ensemble de son réseau, ainsi que leur niveau de réussite et les lacunes, pour l'ensemble du personnel, les stagiaires, les patients, les familles et les visiteurs;
- iii. Analyser et assurer l'harmonisation informelle et formelle, le cas échéant, avec d'autres initiatives, y compris, mais sans s'y limiter, celles de l'Université McGill et de sa communauté, du gouvernement du Québec et du gouvernement du Canada;
- iv. Recommander des changements immédiats et/ou des initiatives qui ont été testées et qui peuvent être mises en œuvre rapidement à court terme, en mettant particulièrement l'accent sur les programmes destinés à la main-d'œuvre, aux stagiaires et aux patients.
- v. Fournir un rapport d'activité au conseil d'administration à l'automne 2020.

Tableau 3 – Comité*

M ^{me} Seeta Ramdass (coprésidente)	D ^{re} Anita Brown-Johnson (coprésidente)	M ^{me} Judith Horrell (administratrice)
M ^{me} Patricia Noël	M ^{me} Kate Marr-Laing	M ^{me} Claudiane Poisson
M ^{me} Samira Sakhia	M. Fabien Pernet	M ^{me} Marie Serdynska
D ^r Damien Chalaud	M ^{me} Sonia Rea	M. Diego Herrera
D ^r Saleem Razack	D ^r Samir Shaheen-Hussain	D ^{re} Laurie Plotnick
M ^{me} Stéfanie Brisson	M ^{me} Carole Dupéré	D ^r Vincent Lacroix
M ^{me} Diane States	M ^{me} Lisa Rosati	D ^{re} Rislaine Benkelfat

***Nota :** Les membres ont assumé diverses fonctions de conseil et/ou liées à d'autres travaux et rapports. Certains ont été présents pendant toute la durée du mandat, d'autres pendant une période plus courte.

Une fois le comité entièrement formé, les coprésidentes du C-AIDE ont envoyé le premier d'une longue série de messages à la communauté du CUSM, soulignant que le fait d'aider le CUSM à être à son meilleur est une responsabilité partagée et confirmant que ses objectifs étaient d'entendre, d'écouter et d'établir des liens avec l'ensemble des groupes d'intervenants associés au CUSM, des patients et des membres de leur famille aux professionnels et au personnel de la santé, aux universitaires, aux stagiaires et aux partenaires, etc. Il devra également répertorier les initiatives existantes, passer en revue la littérature, ainsi que recueillir et analyser les données. Il a compris qu'il lui faudrait engager des conversations difficiles, sensibiliser la communauté à des sujets d'intérêt collectif et susciter une réflexion individuelle et institutionnelle sur différentes questions touchant la façon dont les équipes du CUSM dispensent des soins, mènent des recherches, enseignent, forment et travaillent ensemble.

Depuis lors, le C-AIDE fait la promotion des opportunités d'apprentissage/de formation liées à l'ÉDI, a encouragé la sensibilisation aux principes de l'ÉDI, et a participé à un certain nombre d'activités de sensibilisation, en plus de s'engager auprès d'un large éventail de parties prenantes par le biais de sondages, de discussions de groupe, d'entretiens individuels et de questions écrites. Les résultats de ces consultations (ci-après « l'étude ») constituent l'essentiel de ce rapport.

3. MÉTHODES D'ÉTUDE

L'étude sur l'ÉDI du C-AIDE a utilisé une méthode mixte, recueillant à la fois de l'information et des données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives ont été recueillies par le biais de deux sondages anonymes en ligne et les données qualitatives à l'aide d'entretiens semi-structurés, de discussions de groupe et de réponses écrites à des questions posées. Les participants ont été invités à partager leur(s) expérience(s) de discrimination, de préjugés et de racisme au CUSM et/ou à l'IR-CUSM (personnel et patients) et à fournir des suggestions/idées d'amélioration. Une analyse documentaire visant à explorer certaines questions et pratiques exemplaires a également été effectuée, mais elle n'était pas exhaustive compte tenu des contraintes de temps et de ressources.

Population à l'étude : La population étudiée comprenait des cliniciens, des non-cliniciens, des chercheurs, des stagiaires/étudiants, des bénévoles et des patients de la communauté de l'IR-CUSM et du CUSM. L'évaluation qualitative par le biais d'entretiens semi-structurés, de discussions de groupe ou de réponses écrites à sept questions comprenait des cliniciens, des non-cliniciens, des chercheurs, des stagiaires/étudiants, des bénévoles, des patients et des personnes proches aidantes de la communauté du CUSM.

Développement des questionnaires : Les questions du sondage ont été élaborées en fonction d'une variété de sondages organisationnels sur l'ÉDI, de sondages sur la satisfaction des patients et de sondages sur l'évaluation de la qualité, et ont été revues par les divers membres multidisciplinaires du C-AIDE [voir page 10, le tableau 3 pour la composition du comité].

Ressources des sondages : Divers modèles et gabarits ont été consultés afin d'élaborer les sondages utilisés par le comité pour recueillir des données. Les sources comprennent l'Organisation mondiale de la santé, les produits de données de Statistique Canada liés au recensement du gouvernement du Canada et les services de consultation socioculturelle et d'interprétation du Centre universitaire de santé McGill. Ces questions ont été examinées et ajustées selon les recommandations du comité.

Les sondages du CUSM et de l'IR-CUSM étaient divisés en trois sections, comprenant respectivement 22 et 24 questions au total. Chaque sondage comportait trois questions ouvertes. De plus, deux questions fermées offraient aux participants la possibilité de laisser des commentaires dans un champ saisi. La Section 1 comprenait des questions démographiques d'auto-identification telles que la tranche d'âge et l'origine ethnique. Les questions touchant les préjugés et la discrimination formaient la Section 2, puis les répondants pouvaient partager leurs points de vue sur l'ÉDI au CUSM et à l'IR-CUSM à la Section 3. La question 13 du questionnaire du CUSM était subdivisée en trois questions distinctes dans le questionnaire de l'IR-CUSM. La question 7 (« Quelle est votre langue maternelle? ») et la question 8 (« Quelle langue utilisez-vous le plus dans votre quotidien au travail? ») ont été ajoutées le 23 mars 2021 au questionnaire du CUSM, un mois après lancement du sondage sur l'ÉDI du CUSM. Le questionnaire de l'IR-CUSM comprenait ces deux questions, dès le départ. Les deux sondages anonymes étaient offerts en français et en anglais.

Les questions des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe ont été élaborées par les coprésidentes du C-AIDE, après consultation et avec la contribution de la consultante indépendante en recherche. Les questions sont restées cohérentes dans les deux méthodes d'évaluation qualitatives afin de pouvoir comparer et contraster les réponses. Les participants avaient le choix de fournir leurs réponses en français ou en anglais. En raison des contraintes de temps, d'enjeux de disponibilité des membres et des participants du C-AIDE et des problèmes de planification résultant de la pandémie, et dans le but d'assurer une participation accessible et inclusive aux personnes ayant des déficiences sensorielles et/ou motrices, il était aussi possible de fournir une réponse écrite aux questions posées.

Collecte de données : Les appels à la participation au sondage sur l'ÉDI du C-AIDE ont été diffusés par les coprésidentes du C-AIDE, les D^{re} Anita Brown-Johnson et M^{me} Seeta Ramdass, et par le président-directeur général du CUSM, le D^r Pierre Gfeller, aux participants potentiels au sondage par courriel et sur l'intranet du CUSM. Au total,

10 636 participants potentiels de la communauté du CUSM et 2 784 participants potentiels de l'IR-CUSM ont reçu l'information à plusieurs reprises. Certains participants ont pu être inclus dans les deux listes, étant donné qu'ils pratiquent la médecine au CUSM et mènent des recherches à l'IR-CUSM, bien qu'il soit peu probable que des participants en double aient répondu aux deux sondages. Les adresses courriel des participants potentiels ont été obtenues par le biais du Système des ressources informationnelles du CUSM, tandis que les Ressources humaines de l'IR-CUSM ont géré la diffusion à leurs candidats potentiels. La méthode d'échantillonnage appliquée à ce sondage anonyme en ligne était un échantillonnage non probabiliste (échantillon de commodité) en raison de l'accès facile aux adresses courriel des populations étudiées du CUSM et de l'IR-CUSM.

Les deux sondages ont utilisé Alchemer comme outil de collecte de données. Un employé de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CUSM a programmé le sondage. Les participants au sondage avaient la possibilité d'ignorer toute question pour laquelle ils ne se sentaient pas à l'aise de répondre. La période initiale de collecte de données pour le CUSM était du 23 février au 30 mars 2021 et pour l'IR-CUSM, du 30 mars au 26 avril 2021. Pour le CUSM, le C-AIDE a décidé de prolonger la période de collecte jusqu'au 30 avril 2021. Cependant, l'option de soumission de la collecte du sondage est demeurée active jusqu'à la fin du mois de juillet 2021. Ainsi, les réponses au sondage ont été recueillies entre le 23 février et le 18 juillet 2021 pour le CUSM et entre le 30 mars et le 7 juillet 2021 pour l'IR-CUSM. Dans le cas des deux sondages, 99 % des réponses ont été soumises au cours de la période initiale de collecte des données.

Les participants ont été identifiés par le biais des appels lancés à l'échelle du CUSM pour participer aux groupes de discussion du C-AIDE et ont été joints par courriel pour organiser l'entretien, la discussion de groupe ou pour fournir une réponse écrite aux questions posées. L'IR-CUSM a également publié un appel à la participation, qui prévoyait un échantillon de chercheurs, de gestionnaires et d'employés. La vidéoconférence Zoom a été utilisée pour la collecte des données qualitatives. Zoom offre la « possibilité d'enregistrer et de stocker les sessions en toute sécurité sans avoir recours à un logiciel tiers » (Archibald et al., 2019, p. 2). La consultante indépendante en recherche et l'une des coprésidentes du C-AIDE ont mené des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe entre le 1^{er} mars et le 14 mai 2022. Des formulaires de consentement éclairé, signés par les participants, ont été obtenus avant l'entretien, le groupe de discussion ou avant la soumission d'une réponse écrite de chaque participant. Les participants ont été invités à donner leur accord pour l'enregistrement audio ou vidéo de l'entretien et des discussions de groupe. Si les participants indiquaient qu'ils ne permettaient ni l'un ni l'autre, les sondeurs prenaient des notes détaillées et aucun enregistrement n'était effectué.

Les participants se sont fait poser sept questions. Avant un appel Zoom ou une demande de réponse écrite, les participants ont reçu un courriel contenant des questions démographiques. Les renseignements sociodémographiques étaient saisis dans sept questions sur l'âge, la langue maternelle, les peuples autochtones, les minorités visibles et/ou l'origine ethnique, les communautés 2SLGBTQIA+, les déficiences sensorielles et/ou motrices, et le rôle/la relation avec le CUSM/l'IR-CUSM. Les participants avaient la possibilité de sauter des questions.

Les questions de l'entretien étaient les suivantes :

- Ce que le participant comprend de l'équité, de la diversité et de l'inclusion;
- Comment le participant décrit la culture / l'environnement au CUSM et/ou à l'IR-CUSM;
- Les conflits / défis liés à l'ÉDI vécus par le participant au CUSM et/ou à l'IR-CUSM;
- Les thèmes liés à l'ÉDI que le participant considère les plus importants; et
- Tout enjeu lié à l'ÉDI que le participant jugeait important de partager avec le C-AIDE.

Les discussions de groupe regroupaient de deux à quatre participants comprenant autant des personnes issues des minorités visibles que des minorités non visibles de divers secteurs, départements et établissements du CUSM et de l'IR-CUSM, y compris des patients, des personnes proches aidantes, du personnel administratif, des conseillers / planificateurs, des professionnels paramédicaux, des stagiaires / étudiants, des infirmières, des médecins, des

chercheurs et des gestionnaires. Étant donné qu'idéalement, un groupe de discussion se compose d'un groupe homogène, les participants étaient regroupés selon leur rôle dans l'organisation. Un des groupes a toutefois dû être hétérogène en raison de problèmes de disponibilité.

Les entretiens et les discussions de groupe, d'une durée de 30 à 90 minutes, ont été enregistrés. On a eu recours au sous-titrage codé pour produire une première ébauche de transcription pour chaque conversation. Les textes de transcriptions en direct de chaque appel Zoom ont été réévalués à l'écoute de l'enregistrement, vérifiés et corrigés, au besoin. Comme Zoom ne peut fournir que des transcriptions en anglais, un traducteur francophone a effectué la transcription manuelle des réponses en français. Les participants aux entretiens et aux groupes de discussion ont été dépersonnalisés afin d'éviter que leur identité ne soit révélée et d'empêcher toute correspondance entre les personnes et leurs réponses.

En raison de la nature qualitative des entretiens, des discussions de groupe et des réponses écrites, les résultats présentés dans ce rapport ne peuvent être extrapolés à un public plus large que celui du CUSM et de l'IR-CUSM. Les résultats peuvent être considérés comme indicatifs. L'échantillon de participants a été généré par le biais d'un processus d'adhésion et se limite à ceux qui avaient accès à l'intranet et au système de courriel du CUSM et de l'IR-CUSM. Par conséquent, bien qu'on ne puisse pas dire que les participants soient représentatifs de l'ensemble de la communauté du CUSM ou de l'IR-CUSM, leurs expériences vécues fournissent un aperçu instructif et précieux de leur réalité par rapport à l'ÉDI.

Analyse des données : L'analyse statistique descriptive des questions fermées du sondage a été réalisée en R (*Version : 2021.09.0 Build 351*). Si une variable manquait < 15 points de données, les données manquantes étaient exclues de l'analyse et des visualisations. Le test d'indépendance du chi carré de Pearson a été appliqué aux données catégorielles pour évaluer les différences entre les groupes. Pour les trois questions ouvertes du sondage et les deux options de saisie de texte, un codage de type inductif a été appliqué via MAXQDA Analytics Pro (*Version : 2022*). Pour la question n° 15, un codage de type déductif a été utilisé en raison des thèmes prédéterminés. Le codage inductif a été utilisé pour analyser les transcriptions des entretiens, les transcriptions des discussions de groupe et les réponses écrites via MAXQDA Analytics Pro (*Version : 2022*).

La théorie ancrée a été appliquée à la partie qualitative de cette étude. « La théorie ancrée fournit un ensemble de lignes directrices et un processus flexible mais rigoureux à partir duquel est développée une théorie empirique » (Hennink et al., 2019, p. 704). « Elle offre une approche inductive implicite » avec « des stratégies déductives explicites » (Hennink et al., 2019, p. 704). Un processus de codage inductif, ou « ascendant », a été choisi pour avoir une idée et une compréhension des thèmes prédominants dans l'ensemble des données (questions ouvertes du sondage, entretiens semi-structurés, discussions de groupe et réponses écrites aux questions). Cette forme d'analyse permet d'obtenir une description riche de l'ensemble des données, de dériver des « codes, concepts et théories » à partir des données et de développer des questions de recherche pendant le processus de codage (Braun & Clarke, 2006 ; Hennink et al., 2019). En outre, le processus de codage ne contraint pas les thèmes émergents à « un cadre de codage préexistant ou aux préconceptions analytiques du chercheur » (Nowell et al., 2017, p. 8). Le codage inductif a été utilisé pour « capturer la perspectiveémique des participants à l'étude plus directement à partir des données » (Hennink et al., 2019, p. 752). L'option de codage créatif de MAXQDA a été appliquée pour créer une hiérarchie de codes et trier les codes en « codes principaux » et « sous-codes » pour créer un « arbre de codes ». Afin de créer un aperçu visuel des liens entre les catégories/thèmes spécifiques identifiés, MAXMaps de MAXQDA a été utilisé pour faciliter la compréhension des théories émergentes (MAXQDA, 2021).

4. RÉSULTATS DES SONDAGES

Au total, le sondage du CUSM a recueilli 712 réponses complètes (ou partielles), avec un taux de réponse de 6,7 %. Le sondage de l'IR-CUSM a récolté un total de 228 réponses complètes (ou partielles) et un taux de réponse de 8,2 %. Les participants pouvaient sauter toute question avec laquelle ils n'étaient pas à l'aise, d'où la notion de réponses partielles.

Tableau 4 – Nombre de participants au sondage et taux de réponse (%) pour le CUSM et l'IR-CUSM

	Population	No. de participants au sondage	Taux de réponse (%)
CUSM	10 636	712	6,7%
IR-CUSM	2784	228	8,2%

Démographie

Tranche d'âge : Parmi les 712 répondants au sondage du CUSM, 40,1 % (n=284) ont entre 46 et 65 ans, 38,7 % (n=274) ont entre 31 et 45 ans, 15,7 % (n=111) ont entre 18 et 30 ans et 4,2 % (n=30) ont indiqué qu'ils avaient plus de 66 ans. Parmi les 228 participants au sondage de l'IR-CUSM, 43,4 % (n=98) ont entre 46 et 65 ans, 35,4 % (n=80) ont entre 31 et 45 ans, 15,9 % (n=36) ont entre 18 et 30 ans et 5,3 % ont indiqué qu'ils avaient plus de 66 ans.

Personnes ayant une déficience motrice et/ou sensorielle : On a présenté aux participants au sondage une définition de « personnes handicapées »². Pour le CUSM, 6,1 % (n=43) des répondants ont déclaré avoir un handicap, contre 4,9 % (n=11) à l'IR-CUSM.

Peuples autochtones : Pour le CUSM, 1,1 % (n=8) des répondants se sont auto-identifiés comme une personne « autochtone », à savoir des Premières Nations, Inuit et Métis. Pour l'IR-CUSM, ce pourcentage est de 0,9 % (n=2).

Minorités visibles : Des 712 répondants au sondage du CUSM, 32,3 % (n=227) se sont auto-identifiés comme des personnes racisées / minorités visibles³. Parmi les 228 répondants au sondage de l'IR-CUSM, 27,4 % (n=62) se sont auto-identifiés comme des personnes racisées / minorités visibles.

Minorités ethniques et origine ethnique : Parmi les 712 répondants au sondage du CUSM, 42,6 % (n=300) ont déclaré s'identifier comme membre d'une minorité ethnique⁴. Des 228 répondants au sondage de l'IR-CUSM, 42,5 % (n=96) ont déclaré s'identifier comme membre d'une minorité ethnique. Ainsi, deux répondants sur cinq s'identifient à titre de minorité ethnique au CUSM et à l'IR-CUSM.

Pour les deux sondages, Autres origines nord-américaines (p. ex. : Québécois, Acadien, Canadien, Américain) (IR-CUSM : 26,3 %, n=75, CUSM : 25,9 %, n=226) suivi de Origines de l'Europe du Sud (p. ex. : Grec, Italien, Maltais, Espagnol) (IR-CUSM : 11,2 %, n=32, CUSM : 11,1 % n=97) sont les origines ethniques avec lesquelles un tiers des répondants de chaque sondage s'identifient le plus. Parmi la population à l'étude au CUSM, Origines des Caraïbes (p. ex. : Antiguais, Bahamien, Indien caraïbe, Haïtien) arrive au troisième rang (9,2 %, n=80), tandis que parmi les

² Par « personnes handicapées », on entend les personnes atteintes d'une déficience physique, mentale, sensorielle, psychiatrique ou en matière d'apprentissage durable, persistante ou récurrente, et qui se considèrent comme désavantagées dans l'emploi ou dans d'autres situations en raison de cette déficience et des limitations fonctionnelles qu'elle entraîne, ou qui croient qu'un employeur pourrait les considérer comme désavantagées. Les personnes handicapées comprennent également celles qui bénéficient ou devraient bénéficier d'aménagements dans leur emploi actuel en raison de leurs limitations fonctionnelles (par exemple, le recours à des aides techniques, des modifications de l'équipement ou d'autres arrangements de travail).

³ Par « personnes racisées/minorités visibles » on entend des personnes de couleur (excepté les peuples autochtones) qui ne sont pas de race blanche ou dont la peau n'est pas de couleur blanche.

⁴ Par « minorités ethniques » on entend les personnes d'une race ou d'une nationalité particulière vivant dans un pays ou une région où la plupart des gens sont de race ou de nationalité différente.

répondants de l'IR-CUSM, Origines des Caraïbes se classe au 14^e rang (2,8 %, n=8). Les répondants au sondage de l'IR-CUSM citent les pays du Royaume-Uni, les Iles Anglo-Normandes et l'Irlande comme troisième origine (8,1 %, n=23).

Les participants au sondage pouvaient faire de multiples choix pour indiquer leur origine ethnique. Les répondants au sondage du CUSM sont au nombre de 82,6 % (n=584) à avoir choisi une origine ethnique, contre 80,5 % (n=182) à l'IR-CUSM, puis 12,4 % (n=88) des répondants du CUSM versus 13,3 % (n=30) participants de l'IR-CUSM ont choisi deux origines ethniques. Le plus grand nombre d'origines ethniques choisies est de cinq pour les répondants au sondage des communautés du CUSM et de l'IR-CUSM.

Communauté 2SLGBTQIA+ : Un pourcentage de 7,2 % (n=51) des répondants au sondage du CUSM et 9,3 % (n=21) des répondants au sondage de l'IR-CUSM ont déclaré s'identifier à une minorité d'orientation sexuelle / d'identité de genre / 2SLGBTQIA+⁵.

Sexe à la naissance : Un pourcentage de 77,0 % (n=545) des répondants du CUSM contre 69,0 % (n=156) des répondants au sondage de l'IR-CUSM ont déclaré être de sexe féminin à la naissance. Par ailleurs, 21,8 % (n=154) des répondants du CUSM et 30,1 % (n=68) des répondants de l'IR-CUSM ont indiqué être de sexe masculin à la naissance.

Genre actuel : Au CUSM, 75,8 % (n=537) des répondants au sondage s'identifient actuellement comme femme, 21,8 % (n=154) comme homme, 0,1 % (n=1) comme personne intersexe, 0,4 % (n=3) comme non-binaire, et 0,3 % (n=2) comme bispirituel. À l'IR-CUSM, 68,6 % (n=155) des répondants s'identifient actuellement comme femme, et 30,1 % (n=68) comme homme. Ainsi, pour les deux institutions, sept répondants sur dix s'identifient comme femme.

Langue maternelle : La question portant sur la langue maternelle a été ajoutée dans le sondage du CUSM un mois après le début de la collecte de données. Après le retrait des 402 valeurs manquantes des données du CUSM, 34,5 % (n=107) ont indiqué que le français était leur langue maternelle, suivi de 31,6 % (n=98) qui ont indiqué une autre langue et 28,7 % (n=89) qui ont indiqué l'anglais. Comme l'ensemble de données du CUSM contient 56,5 % de données manquantes pour la variable langue maternelle, les résultats doivent être interprétés avec la plus grande prudence. À l'IR-CUSM, 38,1 % (n=86) des répondants ont indiqué l'anglais comme langue maternelle, suivi d'une autre langue à 33,6 % (n=76) et du français à 23,0 % (n=52).

Langue utilisée le plus dans le quotidien au travail : Cette question a été ajoutée au sondage du CUSM un mois après le début de la collecte de données. Après le retrait des 403 valeurs manquantes des données du CUSM, 56,6 % (n=175) ont indiqué qu'ils utilisaient une combinaison d'anglais et de français dans leurs échanges quotidiens au travail, suivi de 33,3 % (n=103) pour l'usage de l'anglais seulement et 10,0 % (n=31) pour l'usage du français seulement. À l'IR-CUSM, 68,0 % (n=153) ont indiqué qu'ils utilisaient uniquement l'anglais dans leurs échanges quotidiens au travail, suivi d'une combinaison d'anglais et de français à 30,7 % (n=69) et de 1,3 % (n=3) pour l'usage du français seulement.

Tableau 5 – Démographie au CUSM et à l'IR-CUSM

	CUSM		IR-CUSM	
	Réponses (n)	Pourcentage (%)	Réponses (n)	Pourcentage (%)
Tranche d'âge				
18 à 30 ans	111	15,7	36	15,9

⁵ « Les minorités d'orientation sexuelle et d'identité de genre (2SLGBTQIA+) » désignent les personnes dont l'orientation sexuelle est autre qu'hétérosexuelle et/ou les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été attribué à la naissance. 2SLGBTQIA+ signifie bispirituel, lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou en questionnement, intersexe, asexuel ou autre.

31 à 45 ans	274	38,7	80	35,4
46 à 65 ans	284	40,1	98	43,4
66 ans et plus	30	4,2	12	5,3
Préfère ne pas répondre	9	1,3	0	0
Personnes ayant une déficience motrice et/ou sensorielle				
<i>Oui</i>	43	6.1	11	4.9
<i>Non</i>	649	92.1	212	94.2
<i>Une autre catégorie (« Autre »)</i>	5	0.7	1	0.4
<i>Préfère ne pas répondre</i>	8	1.1	1	0.4
Peuples autochtones				
<i>Oui</i>	8	1.1	2	0.9
<i>Non</i>	674	96.1	222	98.7
<i>Une autre catégorie (« Autre »)</i>	13	1.9	1	0.4
<i>Préfère ne pas répondre</i>	6	0.9	0	0
Minorités visibles				
<i>Oui</i>	227	32.3	62	27.4
<i>Non</i>	459	65.4	162	71.7
<i>Une autre catégorie (« Autre »)</i>	8	1.1	1	0.4
<i>Préfère ne pas répondre</i>	8	1.1	1	0.4
Minorités ethniques				
<i>Oui</i>	300	42.6	96	42.5
<i>Non</i>	384	54.5	124	54.9
<i>Une autre catégorie (« Autre »)</i>	8	1.1	2	0.9
<i>Préfère ne pas répondre</i>	12	1.7	4	1.8
Origine ethnique				
Autres origines nord-américaines (p. ex. : Québécois, Acadien, Canadien, Américain)	226	25.9	75	26.3
Origines de l'Europe du Sud (p. ex. : Grec, Italien, Maltais, Espagnol)	97	11.1	32	11.2
Origines des Caraïbes (p. ex. : Antiguais, Bahamien, Indien caraïbe, Haïtien)	80	9.2	8	2.8
Origines des îles Britanniques (p. ex. : Anglais, Insulaire anglo-normand, Écossais, Cornique, Gallois, Irlandais)	74	8.5	23	8.1
Origines asiatiques de l'Est et du Sud-Est (p. ex. : Chinois, Japonais, Philippin, Coréen)	70	8	19	6.7
Origines de l'Amérique latine, centrale et du Sud (p. ex. : Argentin, Colombien, Mexicain)	32	3.7	19	6.7
Communauté 2SLGBTQIA+				
<i>Oui</i>	51	7.2	21	9.3
<i>No</i>	635	89.9	203	90.2
<i>Préfère ne pas répondre</i>	20	2.8	1	0.4
Sexe à la naissance				
<i>Féminin</i>	545	77.0	156	69.0
<i>Masculin</i>	154	21.8	68	30.1
<i>Préfère ne pas répondre</i>	9	1.3	2	0.9
Genre actuel				

Femme	537	75.8	155	68.6
Homme	154	21.8	68	30.1
Personne intersexe	1	0.1	0	0
Non binaire	3	0.4	0	0
Bispirituel	2	0.3	0	0
Autre	0	0	1	0.4
Préfère ne pas répondre	11	1.6	2	0.9

Nota : La langue maternelle et la langue utilisée le plus dans le quotidien au travail n'ont pas été ajoutées au tableau en raison du pourcentage élevé de valeurs manquantes dans l'ensemble de données du CUSM.

Questions de sondage relatives aux préjugés et/ou à la discrimination

Chaque sondage comprenait des questions permettant aux participants d'aborder des problèmes et des préoccupations liés aux préjugés et/ou à la discrimination au CUSM/à l'IR-CUSM. Les répondants ont pu s'exprimer sur ces enjeux dans sept questions pour le CUSM et neuf questions pour l'IR-CUSM. Les questions portaient sur les enjeux suivants :

- Impact du racisme, du racisme anti-noir et/ou de la xénophobie (Q12)
- Impact de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap ou d'un groupe socio-ethno-culturel sur les répondants personnellement au CUSM/à l'IR-CUSM (CUSM -Q13; IR-CUSM Q13a-c)
- Problèmes liés aux préjugés et/ou à la discrimination au CUSM et/ou à l'IR-CUSM (Q14)
- Enjeux de travail au CUSM et/ou à l'IR-CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste (Q15)
- Conversations sur les préjugés et/ou la discrimination (Q16)
- Confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif (Q17)
- Aborder toute forme de préjugés et/ou de discrimination avec certaines catégories de personnes (Q18)

Impact du racisme, du racisme anti-noir, et/ou de la xénophobie à l'IR-CUSM et/ou au CUSM (Q12) : Les participants ont été invités à partager leur niveau d'inquiétude au sujet de l'impact du racisme, du racisme anti-noir et/ou de la xénophobie au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Plus de cinq répondants sur dix, ou 55,7 % des répondants au sondage du CUSM, et 50 % des répondants au sondage de l'IR-CUSM ont indiqué être extrêmement ou un peu inquiet de l'impact du racisme, du racisme anti-noir et/ou de la xénophobie au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Ainsi, la majorité des répondants (un sur deux) sont inquiets à ce propos au CUSM et/ou à l'IR-CUSM, soit personnellement ou collectivement.

Figure 1 – Distribution des répondants au sondage qui sont inquiets de l'impact du racisme, du racisme anti-noir et/ou de la xénophobie au CUSM

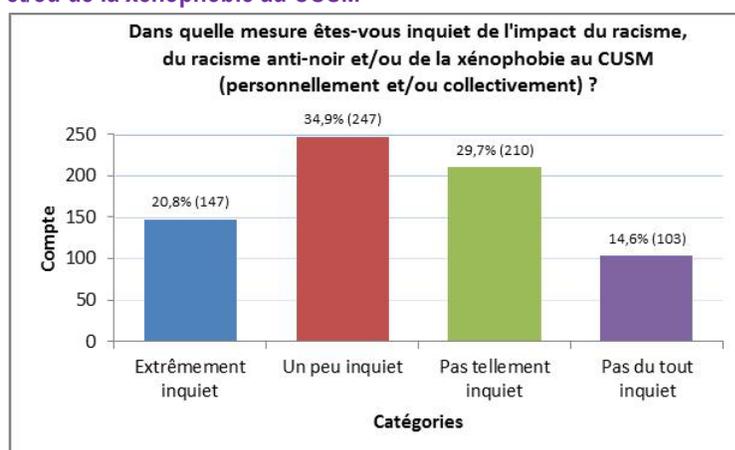
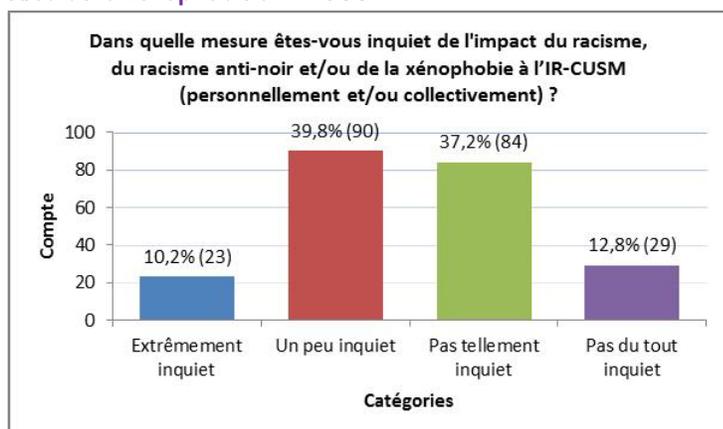


Figure 2 – Distribution des répondants au sondage qui sont inquiets de l'impact du racisme, du racisme anti-noir et/ou de la xénophobie à l'IR-CUSM



Impact de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap ou d'un groupe socio-ethno-culturel sur eux personnellement au CUSM et/ou à l'IR-CUSM (CUSM Q13; IR-CUSM Q13a-c) : On a demandé aux participants quel était leur niveau d'inquiétude quant à l'impact de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap ou d'un groupe socio-ethno-culturel sur eux personnellement au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Au CUSM, deux répondants au sondage sur cinq, soit 39,5 %, sont extrêmement ou un peu inquiets de l'impact de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap ou d'un groupe socio-ethno-culturel sur eux personnellement dans leur milieu de travail (combinaison de « extrêmement inquiet » et « un peu inquiet »). À l'IR-CUSM, 24,8 % des répondants au sondage sont inquiets de l'impact de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre sur eux personnellement dans leur milieu de travail, 17,3 % sont inquiets de l'impact du handicap sur eux personnellement et 32,3 % des répondants sont inquiets de l'impact d'un groupe socio-ethno-culturel sur eux personnellement au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Dans les trois cas, les choix de réponse « extrêmement inquiet » et « un peu inquiet » ont été combinés.

Problèmes liés aux préjugés et/ou à la discrimination auxquels les répondants au sondage sont confrontés au CUSM et/ou à l'IR-CUSM (Q14) : Les répondants au sondage du CUSM et de l'IR-CUSM disposaient de diverses options pour exprimer les préjugés ou la discrimination auxquels ils font face au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Un pourcentage de 19,8 % des répondants du CUSM et de 11,5 % des répondants de l'IR-CUSM ont rapporté que leur bien-être psychologique est et/ou a été affecté négativement par des commentaires, des comportements et/ou des attitudes. Un pourcentage de 1,4 % des répondants du CUSM et de 0 % des répondants de l'IR-CUSM ont déclaré que leur sécurité physique est et/ou a été menacée par des comportements. Un taux de 10,4 % des répondants du CUSM et de 8,7 % des répondants de l'IR-CUSM disent que des collègues qui ne connaissent pas suffisamment leur réalité pour s'engager dans des discussions saines sur les préjugés ou la discrimination remettent en question leur sentiment d'appartenance. Un taux de 12,3 % des répondants du CUSM et de 10,6 % des répondants de l'IR-CUSM rapportent qu'ils pensent avoir été touchés sur le plan économique (p. ex. : inégalité salariale, opportunités d'emploi, sécurité de l'emploi). Ainsi, 56,1 % (n=368) des répondants du CUSM et 69,3 % (n=151) des répondants de l'IR-CUSM affirment qu'ils n'ont pas le sentiment d'être confrontés à des préjugés ou à de la discrimination au travail, alors que 43,9 % (deux sur cinq) des répondants du CUSM et 30,8 % (un sur trois) des répondants de l'IR-CUSM disent avoir eu à faire face à de tels enjeux au travail.

Figure 3 – (CUSM) : Distribution des participants au sondage ayant déclaré des problèmes liés aux préjugés et/ou à la discrimination au CUSM

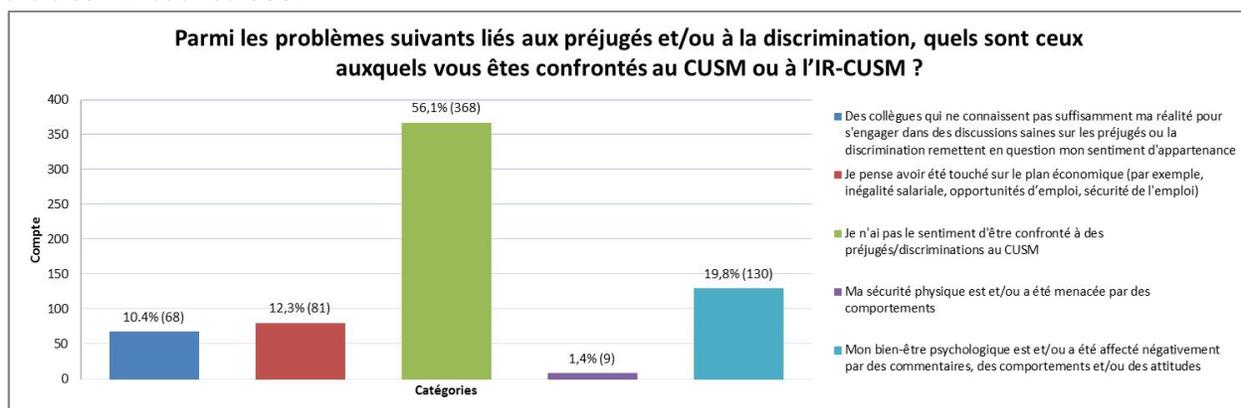
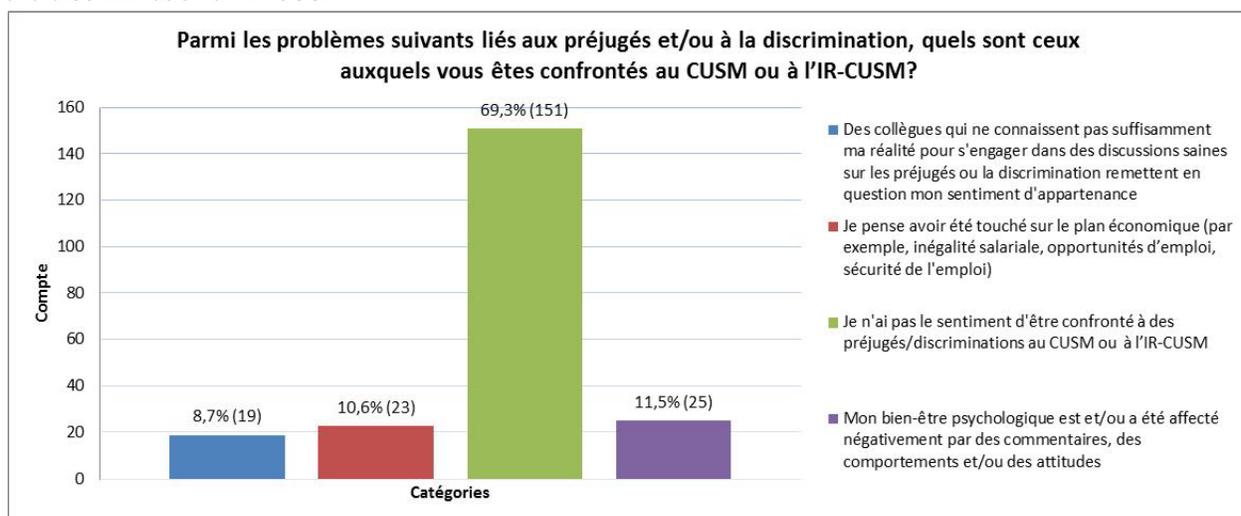


Figure 4 – (IR-CUSM) : Distribution des participants au sondage ayant déclaré des problèmes liés aux préjugés et/ou à la discrimination à l'IR-CUSM



De plus, les deux sondages ont posé la question : « Parmi les problèmes suivants liés aux préjugés et/ou à la discrimination, quels sont ceux auxquels vous êtes confrontés au CUSM ou à l'IR-CUSM? » et celle-ci comportait un champ de saisie de texte « Autre, merci de préciser ». Un taux de 6,9 % des répondants du CUSM et de 3,2 % des répondants de l'IR-CUSM ont laissé un commentaire dans ce champ.

Aucun des sondages n'offrait la possibilité de choisir plusieurs réponses (p. ex. : « sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent »). Les répondants ont indiqué qu'ils auraient aimé avoir la possibilité de choisir plus d'une des réponses proposées à la question « Parmi les problèmes suivants liés aux préjugés et/ou à la discrimination, quels sont ceux auxquels vous êtes confrontés au CUSM ou à l'IR-CUSM? ». Un répondant a indiqué « Je crois que chacune de ces réponses joue un rôle important... donc j'aurais aimé pouvoir choisir plus d'une réponse ». Un autre répondant a écrit « Il faudrait pouvoir cocher plus d'une réponse ».

Enjeux de travail au CUSM et/ou à l'IR-CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste (Q15): On a demandé aux participants s'ils avaient déjà eu des enjeux liés au travail au CUSM et/ou à l'IR-CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste (avec des membres du personnel de l'IR-CUSM et/ou des membres du personnel du CUSM, avec des

participants de recherche, des patients, des membres de la famille, des visiteurs, des bénévoles). Deux répondants sur cinq ou 42,8% des répondants du CUSM ont affirmé avoir eu de tels problèmes, contre 22,8 % à l'IR-CUSM.

Figure 5 – (CUSM) : Distribution des participants au sondage ayant déclaré avoir des enjeux de travail impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste au CUSM

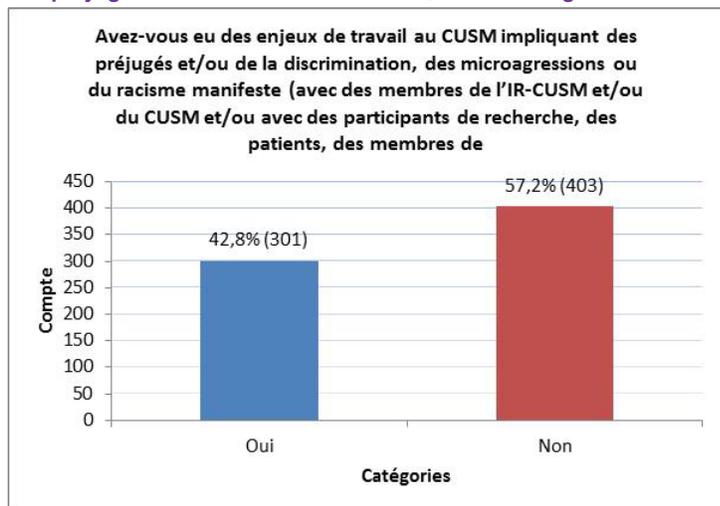
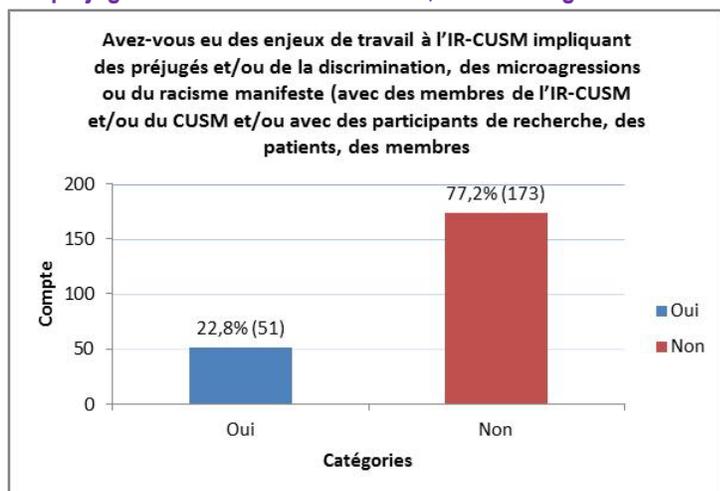


Figure 6 – (IR-CUSM) : Distribution des participants au sondage ayant déclaré avoir des enjeux de travail impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste à l'IR-CUSM



Conversations sur les préjugés et/ou la discrimination (Q16) : Lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient déjà eu une ou des conversations sur les préjugés et/ou la discrimination, 44,0 % des répondants du CUSM et 39,5 % des répondants de l'IR-CUSM ont répondu par l'affirmative (« oui »).

Confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif (Q17) : Lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient confiants que le leadership pouvait créer un milieu de travail inclusif, 84,7 % des répondants du CUSM et 94,3 % des répondants de l'IR-CUSM se sont dits extrêmement, très ou plutôt confiants que le leadership du CUSM pouvait créer un milieu de travail inclusif.

Figure 7 – (CUSM) : Distribution des participants au sondage ayant déclaré leur confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif au CUSM

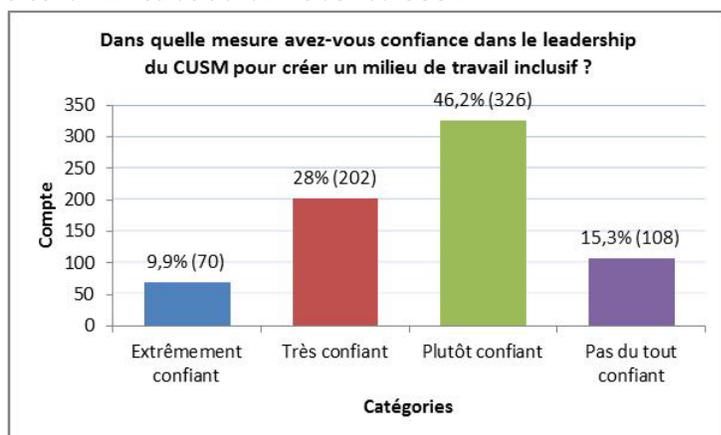
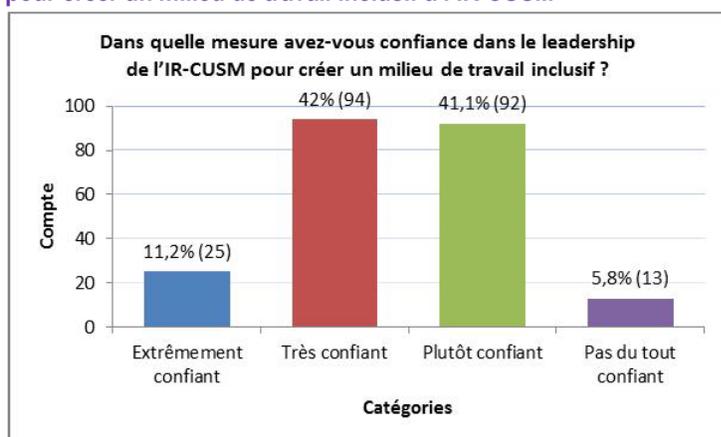


Figure 8 – (IR-CUSM) : Distribution des participants au sondage ayant déclaré leur confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif à l'IR-CUSM



Aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec certaines catégories de personnes (Q18) : Les participants au sondage se sont vu poser la question suivante : « Dans quelle mesure vous sentez-vous ou vous sentiriez-vous en sécurité pour aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec les catégories de personnes suivantes au CUSM? ».

Les participants du CUSM ont déclaré se sentir en sécurité pour aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec les membres de leur équipe immédiate et avec leurs pairs (Équipes : 48,1 %, Pairs : 52,4 % - « Totallement en sécurité » et « Très en sécurité » combinés). Toutefois, 39,4 % (deux répondants sur cinq) ont affirmé qu'ils ne savaient pas et/ou ne se sentaient pas en sécurité pour aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec des patients, des participants de recherche, des membres de la famille ou des visiteurs. De plus, 31,3 % des répondants ont déclaré ne pas savoir ou ne pas se sentir en sécurité pour aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec les cadres supérieurs (administration, clinique, recherche, enseignement). Un taux de 43,2 % des répondants ne se sentaient pas en sécurité et/ou ne savaient pas s'ils pourraient aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec un membre du personnel ou un fournisseur du CUSM/de l'IR-CUSM et 46,9 % des répondants ne se sentaient pas en sécurité et/ou ne savaient pas s'ils pourraient aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec des membres du conseil d'administration. De façon générale, les répondants du CUSM ont rapporté se sentir moins en sécurité pour aborder les enjeux liés aux préjugés et/ou à la discrimination avec toute catégorie de personnes que les répondants de l'IR-CUSM.

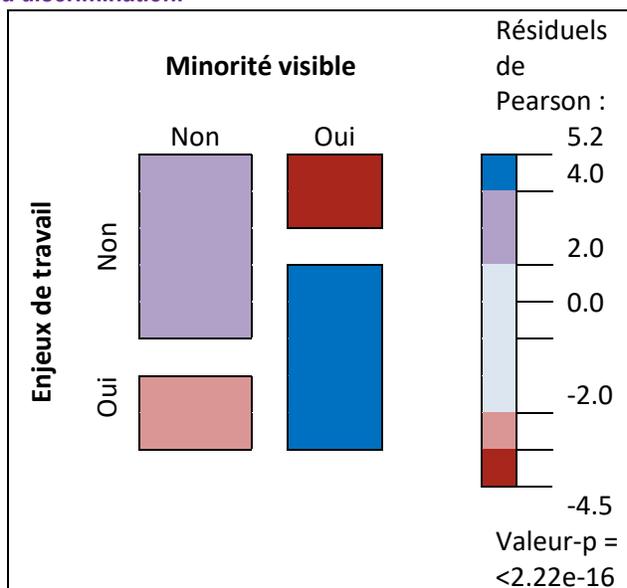
Les répondants de l'IR-CUSM ont affirmé se sentir en sécurité pour aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec les membres de leur équipe immédiate et avec leurs pairs (Équipes : 59,8 %, Pairs : 60,7 % - « Totalement en sécurité » et « Très en sécurité » combinés). Un taux de 21 % des répondants ont déclaré ne pas savoir et/ou ne pas se sentir en sécurité pour aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec les cadres supérieurs (administration, clinique, recherche, enseignement). Un pourcentage de 32,1 % des répondants ne se sentaient pas en sécurité et/ou ne savaient pas s'ils pourraient aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec des membres du conseil d'administration. Un taux de 17,5 % des répondants ont affirmé être ne pas savoir et/ou ne pas se sentir en sécurité pour aborder toute forme de préjugé et/ou de discrimination avec des patients, des participants de recherche, des membres de la famille ou des visiteurs. Cependant, 34,1 % des répondants ont affirmé n'avoir aucune interaction avec des patients, des participants de recherche, des membres de la famille ou des visiteurs (« ne s'applique pas »).

Résultats désagrégés par minorité visible en ce qui a trait aux préjugés et/ou à la discrimination, aux microagressions ou au racisme manifeste et aux expériences de problèmes liés aux préjugés et/ou à la discrimination

CUSM : Minorité visible et enjeux de travail au CUSM et/ou à l'IR-CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste (Q15) : Le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et le fait d'avoir vécu des enjeux de travail au CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste (Q1) a été examiné. La question « Le fait d'avoir vécu des enjeux de travail impliquant des préjugés et/ou de la discrimination est-il indépendant du statut de minorité visible? » a été explorée à l'aide du test du chi-carré de Pearson avec la correction de continuité de Yates afin d'examiner le lien entre l'auto-identification à titre de minorité visible et le vécu d'enjeux de travail au CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination. Le lien entre ces deux variables est statistiquement significatif, $X^2(1, N = 682) = 69,948, p < 0,01$.

Le fait d'avoir vécu des enjeux de travail impliquant des préjugés et/ou de la discrimination n'est pas indépendant du statut de minorité visible dans l'ensemble des données du sondage du CUSM. Les répondants qui ont dit s'identifier à une minorité visible sont plus susceptibles de rapporter des problèmes au travail liés à des préjugés et/ou à de la discrimination, à des microagressions ou à du racisme manifeste (avec des membres du personnel du CUSM et/ou des patients, des participants de recherche, des membres de la famille, des visiteurs, des bénévoles) tandis que les répondants qui ne s'identifient pas à une minorité visible sont moins susceptibles de rapporter des problèmes au travail liés à des préjugés et/ou à de la discrimination, à des microagressions ou à du racisme manifeste (avec des membres du personnel du CUSM et/ou des patients, des participants de recherche, des membres de la famille, des visiteurs, des bénévoles). Par conséquent, les minorités visibles sont plus susceptibles de déclarer des problèmes au travail liés à des préjugés et/ou à de la discrimination en comparaison avec les minorités non visibles (39 % par rapport à 19,2 %) dans l'ensemble de données du CUSM.

Figure 9 – Diagramme résiduel pour le test du chi-carré de Pearson visant à examiner le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et l'expérience d'enjeux de travail au CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination.



Les résiduels positifs sont en bleu. Les valeurs positives dans les cellules précisent une attraction (association positive) entre les variables correspondantes de la rangée et de la colonne. Ainsi, le bleu indique que la valeur observée est supérieure à la valeur attendue si les données sont aléatoires. Les résiduels négatifs sont en rouge. Ceci indique la répulsion (association négative) entre les variables correspondantes de la rangée et de la colonne. Par conséquent, le rouge indique que la valeur observée est inférieure à la valeur attendue si les données sont aléatoires.

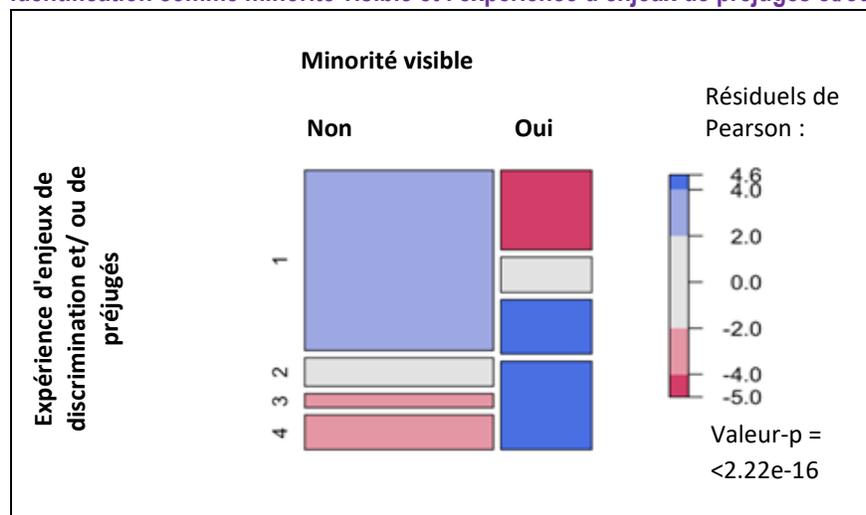
IR-CUSM : Minorité visible et enjeux de travail au CUSM et/ou à l'IR-CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste (Q15) : Le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et le fait d'avoir vécu des enjeux de travail à l'IR-CUSM impliquant des préjugés et/ou de la discrimination, des microagressions ou du racisme manifeste (Q15) a été examiné. Ce lien n'est pas statistiquement significatif dans l'ensemble de données du sondage de l'IR-CUSM. Par conséquent, le fait de vivre des problèmes au travail liés à des préjugés et/ou à de la discrimination est indépendant du statut de minorité visible à l'IR-CUSM.

CUSM : Expérience d'enjeux impliquant des préjugés et/ou de la discrimination et statut de minorité visible (Q12) : De plus, le lien entre l'auto-identification à titre de minorité visible et toute expérience liée à des préjugés et/ou à de la discrimination au CUSM (Q12) a été examiné. Le C-AIDE s'est intéressé à la question « Le fait d'avoir vécu des enjeux impliquant des préjugés et/ou de la discrimination est-il indépendant du statut de minorité visible au CUSM? ». Un test du chi-carré de Pearson avec la correction de continuité de Yates a été effectué afin d'examiner le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et toute expérience d'enjeux liés à des préjugés et/ou à de la discrimination au CUSM. Le lien entre ces variables est statistiquement significatif, $X^2(3, N = 627) = 99,014, p < 0,01$. Le fait de vivre des enjeux impliquant des préjugés et/ou de la discrimination n'est donc pas indépendant du statut de minorité visible au CUSM.

Les personnes qui s'auto-identifient comme minorités visibles au CUSM sont moins susceptibles de déclarer que « Je n'ai pas le sentiment d'être confronté à des préjugés et/ou à de la discrimination au CUSM » (1) que les minorités non visibles, et sont plus susceptibles d'affirmer « Des collègues qui ne connaissent pas suffisamment ma réalité pour s'engager dans des discussions saines sur les préjugés et la discrimination remettent en question mon sentiment d'appartenance » (3) et « Mon bien-être psychologique est et/ou a été affecté négativement par des commentaires, des comportements ou des attitudes » (4). Les répondants qui ne s'identifient pas comme minorités visibles sont plus

susceptibles de déclarer « Je n'ai pas le sentiment d'être confronté à des préjugés et/ou à de la discrimination au CUSM » (1).

Figure 10 – Diagramme résiduel pour le test du chi-carré de Pearson visant à examiner le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et l'expérience d'enjeux de préjugés et/ou de discrimination au CUSM.



Les résiduels positifs sont en bleu. Les valeurs positives dans les cellules précisent une attraction (association positive) entre les variables correspondantes de la rangée et de la colonne. Ainsi, le bleu indique que la valeur observée est supérieure à la valeur attendue si les données sont aléatoires. Les résiduels négatifs sont en rouge. Ceci indique la répulsion (association négative) entre les variables correspondantes de la rangée et de la colonne. Par conséquent, le rouge indique que la valeur observée est inférieure à la valeur attendue si les données sont aléatoires.

Légende pour le diagramme résiduel (axe y) :

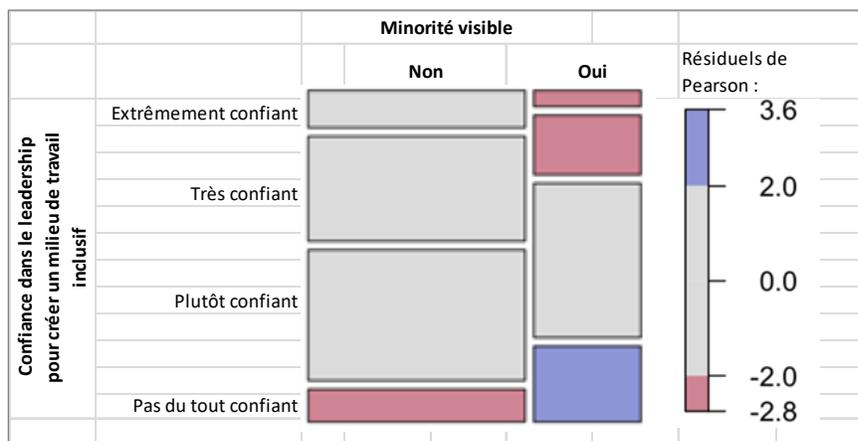
- 1 = « Je n'ai pas le sentiment d'être confronté à des préjugés/discriminations au CUSM. »
- 2 = « Je pense avoir été touché sur le plan économique (p. ex. : inégalité salariale, opportunités d'emploi, sécurité de l'emploi) ».
- 3 = « Des collègues qui ne connaissent pas suffisamment ma réalité pour s'engager dans des discussions saines sur les préjugés ou la discrimination remettent en question mon sentiment d'appartenance. »
- 4 = « Mon bien-être psychologique est et/ou a été affecté négativement par des commentaires, des comportements et/ou des attitudes. »

IR-CUSM : Expérience d'enjeux impliquant des préjugés et/ou de la discrimination et statut de minorité visible : Le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et l'expérience de préjugés et/ou de discrimination à l'IR-CUSM (Q12) a été examiné. Ce lien n'est pas statistiquement significatif dans l'ensemble des données de l'IR-CUSM. Ainsi, les enjeux impliquant des préjugés et/ou de la discrimination sont indépendants du statut de minorité visible dans l'ensemble des données de l'IR-CUSM.

CUSM : Minorité visible et confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif (Q17) : De plus, le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et la confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif a été examiné. Le C-AIDE s'est intéressé à la question « La confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif est-elle indépendante du statut de minorité visible au CUSM? ». Un test du chi-carré de Pearson avec la correction de continuité de Yates a été effectué afin d'examiner le lien entre l'auto-identification comme une minorité visible et la confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif au CUSM.

Le lien entre ces deux variables est statistiquement significatif, $X^2(3, N = 684) = 40,075, p < 0,01$. La confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif n'est pas indépendante du statut de minorité visible au CUSM. Les personnes qui s'identifient comme membres de minorités visibles au CUSM sont moins susceptibles de déclarer qu'elles ont confiance dans le leadership du CUSM pour créer un milieu de travail inclusif que celles des minorités non visibles.

Figure 11 – Diagramme résiduel pour le test du chi-carré de Pearson visant à examiner le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et la confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif au CUSM



Les résiduels positifs sont en bleu. Les valeurs positives dans les cellules indiquent une attraction (association positive) entre les variables correspondantes de la rangée et de la colonne. Ainsi, le bleu indique que la valeur observée est supérieure à la valeur attendue si les données sont aléatoires. Les résiduels négatifs sont en rouge. Ceci indique la répulsion (association négative) entre les variables correspondantes de la rangée et de la colonne. Par conséquent, le rouge indique que la valeur observée est inférieure à la valeur attendue si les données sont aléatoires.

IR-CUSM : Minorité visible et confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif (Q17) : Le lien entre l'auto-identification comme minorité visible et la confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif à l'IR-CUSM (Q17) a été examiné. Ce lien n'est pas statistiquement significatif dans l'ensemble des données de l'IR-CUSM. Par conséquent, la confiance dans le leadership pour créer un milieu de travail inclusif à l'IR-CUSM est indépendante du statut de minorité visible dans l'ensemble de données de l'IR-CUSM.

Résultats pour les questions ouvertes

Les répondants au sondage avaient la possibilité d'exprimer leurs préoccupations et de fournir des idées et pistes de solution en répondant à trois questions ouvertes et à une question à choix multiples visant à identifier trois priorités prédéterminées en matière d'ÉDI. Les questions du sondage portaient sur les idées et solutions suivantes :

- Le partage d'idées sur des thèmes énumérés (p. ex. : ressources humaines, soins aux patients) pour être le plus efficace et le plus inclusif (Q19)
- À partir d'une liste, le choix de trois ou quatre priorités en matière d'ÉDI pour le CUSM et/ou l'IR-CUSM (Q20)
- Qu'attend-on de la part du CUSM et/ou de l'IR-CUSM pour s'épanouir professionnellement? (Q21)
- Énumérer des idées et actions à court terme en matière d'ÉDI (Q22)

De façon générale, dans les deux sondages, de nombreux répondants se sont servi des questions ouvertes pour laisser des commentaires supplémentaires sans égard à la question posée. En raison de ce phénomène, le C-AIDE a

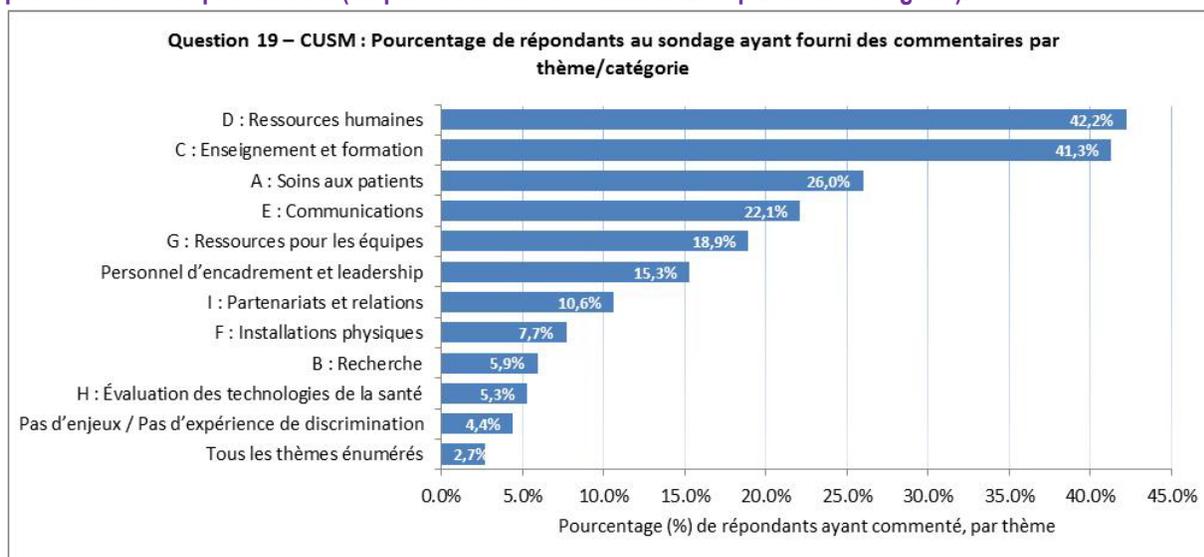
choisi de rapporter les principaux thèmes provenant des questions ouvertes et des données qualitatives ensemble. Les thèmes dominants pour les deux évaluations sont rapportés ensemble à la section 6 intitulée *Thèmes dominants*.

CUSM : Partage d'idées sur des thèmes énumérés (Q19 - champ de saisie de texte) : En gardant à l'esprit la mission du CUSM et la diversité de la population qu'il dessert et emploie, les participants au sondage ont répondu à la question suivante : « Quelles sont les initiatives en matière d'ÉDI ou les moyens d'intégrer l'ÉDI dans les pratiques que le CUSM et/ou l'IR-CUSM devraient penser à ajouter et/ou renforcer pour être le plus efficace et le plus inclusif ? ». Les participants étaient invités à partager leurs idées sur les thèmes suivants : (A) Soins aux patients, (B) Recherche, (C) Enseignement et formation, (D) Ressources humaines, (E) Communications, (F) Installations physiques, (G) Ressources pour les équipes, (H) Évaluation des technologies de la santé, et (I) Partenariats et relations.

Au total, 351 ou 49,3 % des répondants ont fourni des commentaires et des idées sur les thèmes énumérés. Dans l'ensemble, il y avait 12 réponses « sans commentaires » ou « Je ne sais pas », laissant 339 réponses valides pour fins d'analyse (n=339, ou 47,6 %). La question comportait un seul champ de saisie de texte. Les thèmes étaient énumérés à même la question et les répondants ne pouvaient pas choisir de catégorie. Ceci a eu pour effet de créer de la confusion et un certain nombre de répondants ont fait part de leur incertitude quant à la façon de répondre à la question 19.

De façon générale, les répondants ont confondu les enjeux et les idées. Certains ont uniquement indiqué des lettres (p. ex. : A, C, D) sans fournir de précision ou plus de détails. Certains répondants ont choisi de fournir un commentaire pour un thème, tandis que d'autres ont donné un commentaire pour chaque thème. Les réponses écrites ont été codées manuellement afin d'assigner les thèmes énumérés dans la question (codage déductif / codage par concepts). Certaines réponses ont dû être assignées à plus d'un thème en raison de la diversité des thèmes énoncés dans un ou plusieurs exemples. En plus des thèmes énumérés, les deux codes suivants sont ressortis durant l'analyse : « Personnel d'encadrement et leadership », « Tous les thèmes énumérés » et « Pas d'enjeux ou Ne sait pas ». La plupart des réponses contenaient des idées et des enjeux pour les thèmes (1) Ressources humaines (42,2 %), (2) Enseignement et formation (41,3 %) et (3) Soins aux patients (26,0 %). Le thème Évaluation des technologies de la santé (5,3 %) a reçu le moins grand nombre de suggestions. Le thème inductif émergent Personnel d'encadrement et leadership comptait pour 15,3 % des réponses au sondage par thème.

Figure 12 – CUSM : Pourcentage de répondants ayant fourni des commentaires par catégorie sur la façon d'être le plus efficace et le plus inclusif (du plus au moins de commentaires par thème/catégorie).



Résultats désagrégés par les répondants s'auto-identifiant comme minorités visibles par thème pour le CUSM (Q19)

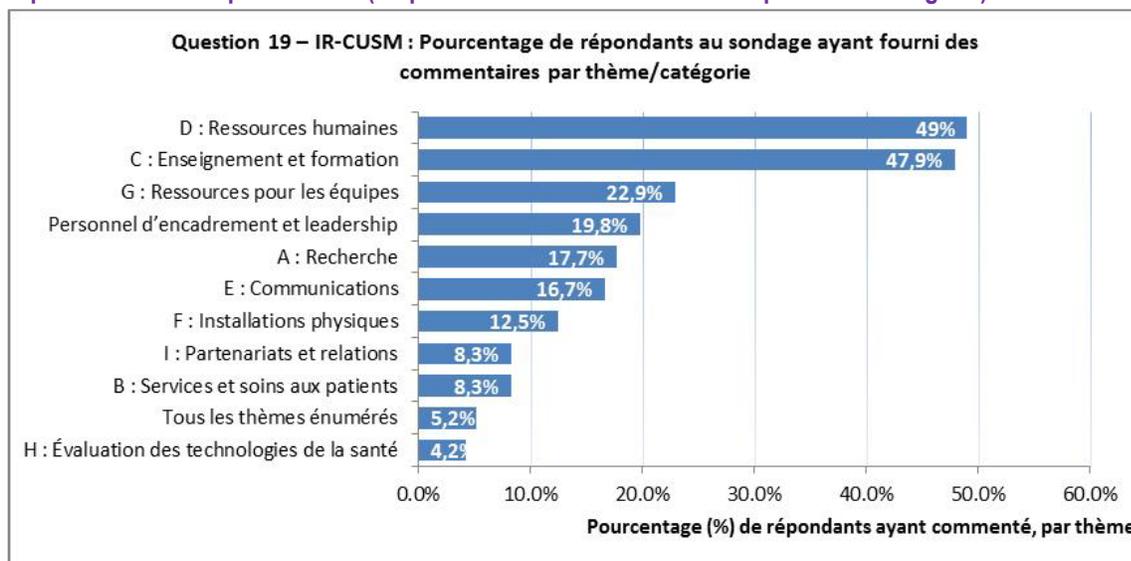
Des segments codés ont aussi été analysés selon l'auto-identification comme une minorité visible / personne marginalisée. « Y a-t-il une différence entre le nombre de segments codés par thème pour les personnes s'identifiant comme une minorité visible et le nombre de segments codés par thème pour les personnes ne s'identifiant pas comme telles? » Les segments codés fournis par les personnes s'identifiant comme une minorité visible ne diffèrent pas de ceux qui ne s'identifient pas comme tels. La différence n'est pas statistiquement significative (valeur-p < 0,15).

IR-CUSM : Partage d'idées sur des thèmes énumérés (Q19 - champ de saisie de texte) : Pour l'IR-CUSM, un total de 101 ou 44,3 % des répondants ont fourni des commentaires et des idées sur les thèmes énumérés. Parmi les réponses écrites, on comptait 5 « Sans objet » ou « Sans commentaires », laissant 96 réponses valides pour fins d'analyse déductive (n=96, ou 42,1 %). En plus des thèmes énumérés, les deux codes suivants sont ressortis durant l'analyse : « Personnel d'encadrement et leadership », et « Tous les thèmes énumérés ». La plupart des réponses contenaient des idées et des enjeux pour les thèmes (1) Ressources humaines (49,0 %), (2) Enseignement et formation (47,9 %) et (3) Ressources pour les équipes (22,9 %). Le thème Évaluation des technologies de la santé (4,2 %) a reçu le moins grand nombre de suggestions. Le thème inductif émergent Personnel d'encadrement et leadership comptait pour 19,8 % des réponses au sondage par thème.

Résultats désagrégés par les répondants s'auto-identifiant comme minorités visibles par thème pour l'IR-CUSM (Q19) :

Des segments codés ont aussi été analysés selon l'auto-identification comme une minorité visible / personne marginalisée. « Y a-t-il une différence entre le nombre de segments codés par thème pour les personnes s'identifiant comme une minorité visible et le nombre de segments codés par thème pour les personnes ne s'identifiant pas comme telles? » Les segments codés fournis par les personnes s'identifiant comme une minorité visible ne diffèrent pas de ceux qui ne s'identifient pas comme tels. La différence n'est pas statistiquement significative (valeur-p < 0,3).

Figure 13 – IR-CUSM : Pourcentage de répondants ayant fourni des commentaires par catégorie sur la façon d'être le plus efficace et le plus inclusif (du plus au moins de commentaires par thème/catégorie).



Quatre priorités en matière d'ÉDI (Q20) : Les participants au sondage se sont fait demander quelles devraient être les quatre priorités en matière d'ÉDI pour le CUSM et/ou l'IR-CUSM. Les quatre principales priorités sélectionnées, tant pour le CUSM que pour l'IR-CUSM sont les suivantes :

- Rendre obligatoire la formation sur la diversité, les préjugés inconscients et la sécurité culturelle à l'ensemble du personnel et des médecins déjà en poste, ainsi qu'aux nouveaux employés (Formation - N° 1 pour les deux)
- Développer un programme de sensibilisation et de célébration de la diversité (Programme)
- Former des conseillers et des mentors de l'ÉDI (Mentorat)
- Améliorer l'accessibilité et les aménagements pour les personnes handicapées (Handicap)

Tableau 6 – Quatre principales priorités en matière d'ÉDI pour les répondants au sondage du CUSM et de l'IR-CUSM

Quatre principales priorités	IR-CUSM		CUSM	
	Rang	(%)	Rang	(%)
Rendre obligatoire la formation sur la diversité, les préjugés inconscients et la sécurité culturelle à l'ensemble du personnel et des médecins déjà en poste, ainsi qu'aux nouveaux employés (Formation)	1	18,6%	1	18,0%
Développer un programme de sensibilisation et de célébration de la diversité (Programme)	3	12,2%	2	11,5%
Former des conseillers et des mentors de l'ÉDI (Mentorat)	4	10,9%	3	11,2%
Améliorer l'accessibilité et les aménagements pour les personnes handicapées (Handicap)	2	12,8%	4	10,9%

5. RÉSULTATS DES ENTRETIENS SEMI-STRUCTURÉS ET DES DISCUSSIONS DE GROUPE

Démographie des participants

Le C-AIDE a interagi avec 34 participants de la communauté du CUSM/ de l'IR-CUSM lors des entretiens semi-structurés, des discussions de groupe et de la réception de réponses écrites. L'âge des participants variait de 23 à 83 ans. Un taux de 35,3 % de participants ont déclaré l'anglais comme langue maternelle, 29,4 % le français, 2,9 % l'anglais et le français et 23,5 % une autre langue. Parmi les participants on comptait des patients et des personnes proches aidantes, des bénévoles, des infirmières, des employés administratifs, des stagiaires / étudiants, des gestionnaires cliniques et des médecins. Aucun participant (0 %) ne s'est identifié comme personne autochtone et 61,8 % ont indiqué faire partie d'une minorité visible et/ou d'une origine ethnique. Un taux de 12,1 % se sont auto-identifiés comme membre de la communauté 2SLGBTQ+ et 17,6 % se sont auto-identifiés comme des personnes vivant avec une ou des déficiences sensorielles et/ou motrices.

Équité : « Quelle est votre compréhension de l'équité? »

L'équité et l'égalité sont des termes qui se ressemblent, mais la mise en œuvre de l'égalité par rapport à celle de l'équité donne des résultats complètement différents pour les groupes marginalisés et les minorités visibles. « L'égalité signifie que chaque personne ou groupe dispose des mêmes ressources et des mêmes opportunités. L'équité reconnaît que chaque personne a des circonstances différentes et attribue les ressources et les opportunités de façon à ce que tous atteignent le même résultat » (George Washington University, 2020). Pour apposer une image simple à chacun des termes, l'égalité est où chacun se voit accorder une échelle pour atteindre un fruit (p. ex. : une pomme). Même avec une distribution égale de la même échelle à chaque personne, l'atteinte de la pomme peut quand même être inégale, par exemple, en raison de la différence de taille entre les personnes. Toutefois, lorsqu'on fournit une échelle plus longue aux personnes de petite taille, soit la ressource appropriée dont la personne a besoin pour atteindre la pomme, on assiste à une solution équitable dans l'action (George Washington University, 2020). Ainsi, l'équité nous permet de remédier aux déséquilibres d'un système social.



https://www.google.ca/search?q=equality+vs+equity&sxsrf=ALiCzsaF4iW0B7n5df_8cg5ToFRkNhTqJw:1656900305735&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwik5ZrRkt74AhVPemIAHfaqAV4Q_AUoAXoECAEQAw&biw=1517&bih=631&dpr=0.9#imgsrc=hxbiTHVbLS48LM

On a demandé aux participants quelle était leur compréhension de l'équité. Aucune définition ou explication préalable ne leur avait été fournie. Chaque participant a répondu à cette question. Un taux de 52,9 % des participants avaient une compréhension juste de ce qu'est l'équité. La majorité des participants ont dit que le traitement équitable des personnes fait en sorte que toutes obtiennent le soutien dont elles ont besoin pour avoir du succès. Cependant, 47,1 % des participants n'ont pas reconnu (ou décrit) le fait que l'équité nécessite l'ajout de ressources et d'opportunités afin de s'assurer que les personnes atteignent un résultat équivalent.

Par exemple, les participants ayant reconnu le besoin de remédier au déséquilibre par l'ajout de ressources et d'opportunités afin de s'assurer que tout le monde atteigne le même résultat ont décrit l'équité comme suit :

« *Ma compréhension de l'équité est le fait d'ajuster ou de personnaliser l'application de quelque chose (comme des ressources, des services, etc.) de pertinent afin de permettre à une personne de parvenir à un résultat égal.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Que tous soient traités équitablement, donc que tous puissent bénéficier des mêmes chances de réussite au sens large, nonobstant leurs caractéristiques biologiques et/ou sociales. Ce qui implique de compenser les manques en tant que système : éduquer le système afin d'éviter les jugements négatifs et favoriser l'auto-questionnement et l'entraide, fournir aux employés dans le besoin le soutien nécessaire sans en limiter la forme (la bonne solution pour la bonne personne), avoir un processus de dotation exempt de préjugés et axé sur l'adaptation du système à la personne.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *L'équité veut dire d'offrir différents niveaux de soutien afin de diminuer les disparités entre les opportunités et d'atteindre des résultats qui soient justes parmi une multitude de communautés. Il s'agit de reconnaître que chaque personne a des circonstances différentes et d'accorder l'accès nécessaire aux ressources, aux opportunités et aux possibilités d'avancement pour atteindre un résultat égal. On se doit aussi de reconnaître que ces disparités entre les communautés et les personnes sont ancrées dans les injustices et les obstacles historiques et actuels.* » (Identité du participant rendue anonyme)

Un participant (dont l'identité a été rendue anonyme) a même fourni des exemples précis pour les divers groupes de la communauté du CUSM :

« *Patients : accès égal aux soins, aux traitements, à la possibilité d'être référé à un spécialiste, à la priorisation pour les procédures, accès à l'hospitalisation, à la réadaptation, aux services ambulatoires, etc.* »

« *Stagiaires : accès aux mêmes opportunités de formation, p. ex. : occasions de financement, invitations aux conférences, mentorat, hébergement, etc.* »

« *Employés : accès égal aux aménagements d'emploi, aux possibilités d'avancement de carrière, au mentorat, égalité des salaires et des avantages, etc.* »

Ce participant a résumé l'énoncé en ajoutant comme suit : « *corriger les iniquités peut nécessiter la mise en place de mesures ciblées afin de rééquilibrer les choses. Par exemple, financement préférentiel/bourse d'études pour les minorités sous-représentées.* »

En revanche, les participants qui ne connaissaient pas la différence entre l'équité et l'égalité ou qui ne voulaient pas admettre que les inégalités existent ou qui ont indiqué qu'il n'était pas suffisant de remédier aux inégalités pour permettre à divers groupes de gens d'atteindre les mêmes résultats, ont décrit l'équité comme suit :

« *Pour moi, l'équité veut dire qu'avec des compétences et des habiletés équivalentes, tout le monde a [...] des chances égales. Cela signifie que personne n'est favorisé en raison de son sexe, son genre, sa race, etc. Je crois que c'est le fondement même de toute structure ou de toute société, ce qui mène à la diversité et éventuellement à l'inclusion. Je crois que le fait de favoriser un groupe de personnes au nom de l'équité va complètement à l'encontre du concept même d'équité.* » (Identité du participant rendue anonyme)

D'autres participants n'ont pas reconnu que chaque personne a, au départ, des circonstances différentes et que des ressources et opportunités supplémentaires doivent être allouées afin que tout le monde atteigne un résultat égal. Ces participants décrivent plutôt l'égalité comme suit :

« Les choses sont égales, personne n'est traité différemment en raison de sa race, son genre, sa sexualité, sa situation économique, son handicap, etc. Tout le monde a les mêmes chances. Les gens sont récompensés ou pénalisés de la même façon, pour la même action ». « Ma compréhension de l'équité est que tout le monde est traité également et non [...] de façon discriminatoire selon leur âge ou d'autres facteurs. » (Identité du participant rendue anonyme)

En outre, la plupart des participants qui ont décrit l'égalité ont également mentionné la justesse et les processus justes, mais sans mentionner ou reconnaître que des étapes supplémentaires sont nécessaires pour parler d'équité.

« Ma compréhension de l'équité est que la justesse joue un rôle dans la façon dont les patients sont traités, et dans la façon dont les employés du CUSM sont traités et rémunérés ». « C'est le fait de traiter toutes personnes de façon juste. » (Identité du participant rendue anonyme)

La compréhension de la différence entre égalité et équité est importante pour la société. Dans le contexte de la communauté du CUSM / de l'IR-CUSM, comprendre la différence entre égalité et équité des soins est encore plus important afin de s'assurer que les ressources en santé et en recherche et le personnel de la santé soient orientés adéquatement et que l'on puisse rejoindre les membres de la communauté du CUSM / de l'IR-CUSM là où ils sont. Inhérent au début de la conversation est le fait que tout le monde comprenne que « les voies pour atteindre l'équité ne se réaliseront pas en traitant tout le monde également. Cette réalisation passera par le traitement juste de chaque personne selon ses circonstances propres. » (Race Matters Institute & Paula Dressler, 2014).

Diversité : « Quelle est votre compréhension de la diversité? »

Les participants aux groupes de discussion et aux entretiens se sont fait demander quelle était leur compréhension de la diversité. Tout comme pour la question sur l'équité, aucun exemple ou définition ne leur a été fourni au préalable. L'objectif de cette question était d'obtenir un aperçu de façon dont les membres de la communauté du CUSM/de l'IR-CUSM perçoivent la diversité et dans quelles associations ils font référence au terme. Chaque participant a fourni une réponse à cette question.

Les participants ont discuté de la diversité sous un certain nombre de thèmes. La majorité de ceux-ci étaient des termes provenant du tissu de notre société (32,3 %), de la main-d'œuvre du CUSM/de l'IR-CUSM et de sa diversité (17,6 %), du fait de coexister et de se sentir bienvenu (5,8 %), du contexte du leadership (5,8 %), des points forts des personnes (2,9 %), du fait que la diversité comporte des facteurs ou éléments visibles et invisibles (cachés) (2,9 %) et du fait que la diversité exige un investissement continu (2,9 %).

Premièrement, le facteur commun entre tous les participants est la tendance à catégoriser les personnes, intentionnellement ou non, lorsqu'ils expliquent leur compréhension de la diversité. Par exemple, les participants ont énuméré des éléments visibles tels que le genre, la race, le handicap visible, l'âge, la couleur de peau, la religion, etc. selon lesquels les personnes peuvent être catégorisées. Or, les participants ont également cité des catégorisations telles que la scolarité, l'ethnicité, la nationalité, l'origine, l'orientation sexuelle, le titre d'emploi, la situation familiale, etc., qui sont souvent invisibles ou non facilement discernables d'une personne à l'autre. Seul un faible pourcentage des participants aux entretiens ont reconnu que la diversité comportait à la fois des éléments visibles et invisibles (cachés) (2,9 %).

Par exemple, un participant a décrit les différents attributs ou éléments comme suit :

« Ma compréhension de la diversité est la composition sociale complexe de la société selon divers éléments démographiques (p. ex. : la race, la religion, l'ethnicité, la nationalité, la langue, le genre, la situation économique, la sexualité) [et] des caractéristiques physiques (poids, taille, couleur de peau, autres attributs physiques, etc.) [et] le handicap, les valeurs, la culture, etc. » (Identité du participant rendue anonyme).

Deuxièmement, la majorité des participants ont expliqué leur compréhension de la diversité en lien avec le tissu de notre société (32,3 %). L'expression « tissu de notre société » est souvent utilisée comme métaphore pour la composition sociale (comme dans la citation ci-dessus) ou le cadre du monde social dans lequel une personne vit. Elle fait référence aux connexions et (inter)relations que nous entretenons avec autrui. Le tissu est perçu comme le fil conducteur de la société qui fait que tout le monde fait partie de la société dans son ensemble. Et comme tout le monde fait partie du tissu, les participants aux groupes de discussion et aux entretiens ont réfléchi et discuté de la diversité par rapport aux diverses populations du Canada et du Québec. Sur la question de la diversité, un participant a suggéré que l'institution devrait « viser à avoir un groupe de patients, de stagiaires et d'employés au CUSM qui reflète la composition de la population canadienne ».

Un participant (dont l'identité a été rendue anonyme) a jeté l'éclairage suivant sur la diversité :

« La diversité est le fait d'avoir des personnes [avec] diverses origines sociales [...], socio-économiques et ethniques, de genres différents, avec des orientations sexuelles différentes [...] Comme par exemple, des Inuits [...], des hommes, des femmes, des personnes transgenres, des Autochtones [...] représentant le tissu de la société dans laquelle nous vivons. »

Troisièmement, les participants ont aussi parlé de la diversité de la main-d'œuvre / du personnel en général, mais également en lien avec le CUSM (17,6 %). Comme dans le cas de la citation sur la diversité de la population au Canada, il est important pour les membres de la communauté du CUSM/de l'IR-CUSM que cette composition diversifiée de la population canadienne et québécoise se reflète aussi dans sa main-d'œuvre. Il est essentiel :

« [...] d'avoir un espace qui reflète la population, et ce, que ce soit pour les médecins, le leadership, la population de patients. Comment pouvons-nous nous assurer de refléter [...] la beauté du Canada et du Québec à tous les niveaux de notre hôpital? » (Identité du participant rendue anonyme)

De plus, un participant a souligné que l'on a une « [...] une compréhension de la diversité lorsqu'on a une main-d'œuvre / communauté qui n'est pas entièrement composée du même type de personne, qui a un mélange d'opinions, de cultures, de races, d'origines, etc. » (Identité du participant rendue anonyme) Ainsi, il est essentiel pour les membres de la communauté du CUSM/de l'IR-CUSM que l'institution et sa main-d'œuvre reflètent la communauté qu'ils desservent.

Enfin et surtout, la diversité a été décrite et perçue comme un avantage et non un inconvénient par les participants. Les participants ont reconnu que le fait de rencontrer des collègues et des patients qui sont différents d'eux-mêmes peut être parfois inconfortable, mais ont aussi affirmé que ces interactions font partie de la vie courante. De plus, malgré la vision du monde de chacun, il est important de reconnaître « qu'il y a des personnes et des communautés dans le monde qui ont des façons très différentes de voir le monde et d'y vivre ». (Identité du participant rendue anonyme)

Un participant a fait référence à la beauté de la diversité, comme suit :

« La diversité est [...] à mon avis [...] le fait de pouvoir apprécier [et] voir des personnes de différentes ethnicités, de diverses orientations, de différents âges, avec ou sans handicaps, se sentir les bienvenus dans le même environnement. Et donc, tous, même de façons qu'il est impossible à décrire, sont accueillis et personne n'est exclu [...] car on crée un espace sûr où tout le monde peut coexister, où tous les types de [...] personnes peuvent coexister, [c'est ça] la diversité. » (Identité du participant rendue anonyme)

Par conséquent, la diversité peut être un riche atout et doit, d'abord et avant tout, être respectée, tel que l'a souligné un autre participant :

« La diversité est synonyme de choses différentes qui sont mises ensemble. Par exemple, il y a plusieurs opinions dans un groupe, plusieurs personnes de cultures différentes sur la planète, les apparences physiques sont souvent toutes différentes et uniques et c'est la même chose pour les langues. Pour moi, la diversité peut être riche et devrait être respectée en premier. » (Identité du participant rendue anonyme)

Inclusion : « Quelle est votre compréhension de l'inclusion? »

Les personnes ayant pris part aux groupes de discussion et aux entretiens se sont fait demander quelle était leur compréhension de l'inclusion. Aucune définition ou explication ne leur a été fournie au préalable. L'objectif de cette question était d'obtenir un aperçu de la façon dont les membres de la communauté du CUSM/de l'IR-CUSM perçoivent l'inclusion et dans quelles associations ils font référence au terme. Chaque participant a fourni une réponse à cette question.

Les participants ont discuté de l'inclusion dans divers contextes, tels que le milieu de travail ou la société et en lien avec les attributs/caractéristiques visibles et non visibles tels que l'âge, la race, le sexe, l'identité de genre, etc. Les exemples de caractéristiques susmentionnés sont souvent attribués au fait d'exclure une personne en raison du racisme, des préjugés et de la discrimination. Ainsi, l'inclusion a principalement été attribuée à la montée du sentiment d'une personne de se sentir incluse et/ou accueillie.

Un taux de 73,5 % de participants ont affirmé qu'à leur avis, l'inclusion doit comprendre le 'sentiment d'être inclus' et/ou le 'sentiment d'être accueilli'. La majorité des participants ont utilisé le terme 'sentiment' dans leur description et compréhension de l'inclusion. Contrairement à la description de l'équité et de la diversité, l'inclusion comportait des émotions et des sentiments.

Par exemple, un partenaire ayant pris part à un entretien a décrit sa compréhension de l'inclusion comme :

« Toutes les personnes d'un groupe sentiraient qu'elles forment une partie égale, importante et valorisée de ce groupe. Et cela voudrait aussi dire [...] qu'il n'y aurait aucun élément d'exclusion, que personne ne se sentirait à l'écart du groupe de quelque façon que ce soit. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre partenaire participant aux entretiens a décrit l'inclusion comme suit :

« Ce sentiment d'appartenance [...] que l'on peut avoir dans un groupe diversifié. Mais [...] l'ambiance de ce groupe, ce que chaque personne dégage, la façon dont elles se sentent dans votre organisation, tout cela ne veut rien dire sans inclusion, n'est-ce pas? Ça peut être diversifié mais pas inclusif. Donc, l'idée [...] de se sentir valorisé et [...] de sentir ce sentiment d'appartenance. » (Identité du participant rendue anonyme)

Puis un autre participant l'a décrit de cette façon :

« L'inclusion fait référence au concept d'appartenance; d'accueillir les autres et de se sentir accueilli, entendu et vu; se sentir assuré que l'on sera traité équitablement sans égard (par exemple) à la race, à l'origine ethnique, au fait d'être Autochtone, à la classe socioéconomique, à la sexualité, au sexe, à l'identité de genre, à la capacité ou à la religion; sentir le droit de participer activement à l'activité/au processus/à l'institution peu importe le profil unique de chacun. » (Identité du participant rendue anonyme).

Pour la majorité des participants, l'inclusion a deux composantes : 1) faire l'effort de s'adapter aux différences et de les accepter (surtout dans un système) et 2) la montée du sentiment d'acceptation de la part de la personne ('se sentir accueilli et inclus') qui est perçue comme étant différente par rapport à ce groupe ou à la société (en général). Les

participants ont fourni des exemples de l'intention et de l'effort visant à adapter le système aux différences (p. ex. : rendre les installations accessibles aux personnes ayant des déficiences sensorielles ou motrices, fournir des services d'interprétation et de traduction pour les membres de la communauté allophone et s'ajuster aux besoins d'une population vieillissante).

Un participant (dont l'identité a été rendue anonyme) a expliqué que :

« Cela peut vouloir dire ranger des articles fréquemment utilisés par une personne en fauteuil roulant à une hauteur où elle peut les atteindre. Cela peut aussi être le fait de fournir le matériel de réunion sous forme de texte pour une personne sourde ». L'inclusion consiste à faire l'effort « afin que tous se sentent respectés, valorisés et soutenus » en fournissant tous les moyens permettant à une personne de jouir « d'une chance égale de participer et d'être véritablement entendue et comprise. »

Un des aspects importants des discussions sur l'inclusion touchait le fait que non seulement les personnes ayant des profils uniques devraient se sentir incluses et accueillies, mais que les groupes minoritaires devraient également être respectés et avoir une voix égale dans toute conversation. Pour qu'un système soit véritablement inclusif, les opinions et conseils de tous, y compris ceux des minorités, doivent être intégrés dans le processus décisionnel. Un participant aux entretiens a exprimé une préoccupation :

« Que ces personnes et cette diversité de profils soient incluses dans les conversations, et non seulement en leur faisant une place à la table. Mais en leur donnant une voix égale afin qu'elles puissent [...] faire partie du processus décisionnel. Elles font partie du changement [...] et ce n'est pas juste une image, ce n'est pas seulement 'Oh, maintenant nous avons une personne visible, comme avec un handicap et nous l'incluons. Ça paraît bien! » (Identité du participant rendue anonyme).

Le commentaire ci-dessus fait référence à la diversité de façade qui peut se définir comme le fait de faire quelque chose uniquement pour démontrer que vous suivez les règles ou faire quelque chose qui est attendu ou qui semble juste, et non seulement parce que vous croyez que c'est ce qu'il faut faire — <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/tokenism>. Il est donc impératif que tous les membres de la communauté soient représentés, que les membres minoritaires puissent exprimer leurs préoccupations et leurs suggestions, et que tous puissent être écoutés et entendus afin de créer un système inclusif. En acceptant les différences, le système devient accessible à tous.

6. THÈMES DOMINANTS

Les participants ont partagé un éventail d'incidents qu'ils ont vécus eux-mêmes ou dont ils ont été témoins au CUSM/à l'IR-CUSM. Les thèmes qui sont ressortis des questions ouvertes, des réponses au sondage et de l'évaluation qualitative des entretiens, des groupes de discussion et des réponses écrites aux questions se chevauchent pour la prépondérance des sujets et témoignages partagés. Les sondages n'ont pas recueilli la voix des patients/personnes proches aidantes et possiblement des stagiaires/étudiants. Toutefois, l'évaluation qualitative tenait compte de ces deux groupes et les participants ont pris la peine de partager leurs expériences et préoccupations touchant leurs besoins et opinions. La section qui suit présente un survol et des citations des thèmes dominants, énumérés ci-dessous sans ordre de priorité particulier.

1. Reconnaissance de préjugés et de racisme systémiques par l'institution

Les participants ont rapporté de nombreuses expériences de racisme, de discrimination et de préjugés qu'ils ont eux-mêmes vécues ou dont ils ont été témoins au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. La mention de racisme, de discrimination et de préjugés était présente dans les deux types d'évaluation. Une majorité des expériences et des observations rapportées peuvent être classées sous le thème du racisme et, au sens plus large, du racisme systémique. « *Le racisme systémique peut se définir comme les modèles de comportement, les politiques ou les pratiques faisant partie des structures d'une organisation et qui créent ou perpétuent un désavantage pour les personnes racisées.* » (Commission ontarienne des droits de la personne, s.d.) Le racisme systémique peut aussi « *se caractériser par une hiérarchie raciale dominante* » (Zambrana & Williams, 2022, p. 164). Toute forme de discrimination raciale peut émaner d'un comportement individuel et, en raison des conséquences non intentionnelles et inconscientes d'un système discriminatoire, donner lieu à une discrimination systémique (Commission ontarienne des droits de la personne, s.d.). Ainsi, une « *relation d'imbrication et de réciprocité entre la personne, les niveaux institutionnels et structureux* » fonctionnent ensemble comme un système entier et représentent « *un système de racisme* ». (Fondation canadienne des relations raciales, s.d.) Les répondants au sondage et les participants aux entretiens et aux groupes de discussion ont exprimé leur point de vue en signalant :

- **Le manque de diversité raciale dans les postes de leadership et de gestion partout dans la hiérarchie de l'organisation**

« *Ils adorent parler de la diversité et il y a beaucoup de Noirs mais devinez où sont les Noirs? Au rez-de-chaussée. Tous les gardiens de sécurité sont noirs. Toutes les autres personnes ne sont pas noires, ce qui est correct. Mais ce n'est pas le genre de diversité hiérarchique dont nous avons besoin.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Je pense qu'une partie [du] défi est que je ne vois pas [...] j'ai l'impression que dans certains groupes, c'est toujours homogène [...] vous le savez, en quelque sorte, pour certains comités, qui siègera à ce comité. Vous le savez, en quelque sorte, dans les postes de haute direction [...] vous savez quelle personne ou quel type de personne ils recherchent. Et je ne me sens pas [...] je m'identifie comme une minorité [...] je m'inclus là-dedans.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Plus de diversité culturelle dans la gestion.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Faire un effort délibéré et soutenu pour accroître la représentation de membres [de] communautés sous-représentées dans les échelons administratifs supérieurs.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *La représentation est importante à tous les niveaux; il ne faut pas juste embaucher des minorités visibles pour l'entretien ménager et laisser la crème, façon de parler, aux échelons supérieurs, soit ceux qui ont le réel pouvoir de faire changer les choses.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« J'ai besoin que le leadership blanc reconnaisse explicitement que les préjugés implicites existent dans notre institution et qu'ils peuvent faire en sorte que les Blancs soient favorisés dans leur avancement, plus susceptibles d'être félicités/récompensés et placés dans des postes de pouvoir. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **Le manque de diversité dans la main-d'œuvre et la représentation de la composition de la population canadienne et québécoise**

« Idéalement, viser à ce qu'un groupe de patients, de stagiaires et d'employés du CUSM reflète la composition de la population canadienne. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Comment pouvons-nous nous assurer de refléter [...] la beauté du Canada et du Québec à tous les niveaux de notre hôpital? » (Identité du participant rendue anonyme)

« Plus de visibilité des minorités. » (Identité du participant rendue anonyme)

« À titre de centre hospitalier universitaire, le CUSM semble favoriser les personnes de milieux socioéconomiques plus élevés. Il y a un manque de représentation autochtone et d'autres minorités visibles. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **La demande de certains participants que soit reconnue l'existence du racisme systémique au CUSM**

« Le MSS[S] devrait d'abord commencer par reconnaître le racisme systémique. Je pense que ce serait une étape très importante. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Reconnaître le racisme systémique. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Reconnaître l'existence du racisme systémique au [CUSM]. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Ce que j'entends des gens sur le terrain [...], par exemple, [...] et [...] c'est une preuve anecdotique, est qu'il existe du racisme systémique au CUSM comme c'est le cas dans beaucoup d'autres organisations. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Il faut d'abord admettre l'existence du racisme systémique. Sans cela, nous avons le premier ministre Legault qui dit que le fait de NE PAS permettre la nomination d'un Blanc comme commissaire à la lutte contre le racisme est raciste. Cet attardé mental (sic) est le même type de leadership déficient qui prévaut dans toutes les institutions du Québec et qui fait perdurer la notion erronée que les Blancs (hommes) sont ceux qui sont victimes de profilage racial. Ça sent le patriarcat et non l'alliance, en fait, 'c'est nous qui savons' ce qui est important pour les personnes noires, autochtones et de couleur ainsi que les personnes démunies. » (Identité du participant rendue anonyme)

2. Expériences d'ismes et de phobies

Les participants ont partagé diverses expériences d'ismes et de phobies qu'ils ont vécues eux-mêmes ou dont ils ont été témoins au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Veuillez noter que les ismes et les phobies énumérés ci-dessous le sont en ordre alphabétique. Les participants ont également signalé de nombreux incidents et ont partagé leur point de vue et des suggestions. Bien qu'il soit impossible de partager tous les exemples recueillis, la section qui suit présente des scénarios des types d'ismes et de phobies partagés avec le C-AIDE. Lorsque cela était possible, les détails des expériences vécues ont été inclus afin d'accroître la sensibilisation à la nature du problème au CUSM et/ou à l'IR-CUSM, de produire une reconnaissance et une compréhension de l'impact de ces faits vécus sur les minorités, les autres membres du personnel et sur les patients/personnes proches aidantes et comprennent les suggestions et idées

que les participants souhaitaient que le C-AIDE inclut dans ses recommandations au conseil d'administration du CUSM. Afin de protéger l'anonymat et la confiance des participants, le C-AIDE n'a pu présenter dans ce rapport certains des incidents ou commentaires précis signalés par les participants.

- **Capacitisme et âgisme**

Le capacitisme et l'âgisme sont deux ismes signalés par les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative. Le capacitisme se « *définit simplement comme un préjudice et une discrimination à l'endroit des personnes parce qu'elles sont classées comme des personnes handicapées, que leur déficience soit physique ou mentale, visible ou invisible* » (Nario-Redmond, 2020, p. 6). Par ailleurs, l'âgisme « *fait référence aux stéréotypes (nos façons de penser), aux préjugés (comment nous nous sentons) et à la discrimination (comment nous agissons) dont nous faisons preuve avec autrui ou soi-même en raison de l'âge* » (Organisation mondiale de la santé, 2021).

Parmi les participants à l'évaluation qualitative, 23,5 % ont parlé de capacitisme et 20,6 % d'âgisme. Les deux notions ont été mentionnées dans le sondage aux questions 15, 19 et 21. Elles ont aussi été souvent abordées ensemble ou l'une après l'autre. Les expériences signalées étaient des incidents vécus par les participants eux-mêmes ou dont ils ont été témoins au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Les trois principales préoccupations en matière de capacitisme et d'âgisme sont a) l'accessibilité aux espaces physiques et virtuels pour les personnes ayant des déficiences sensorielles et/ou motrices, b) la maltraitance (consciente ou inconsciente) que subissent les employés et les patients ayant des déficiences sensorielles et/ou motrices, et c) les préjugés en matière de capacitisme et d'âgisme dans le recrutement et l'embauche au CUSM.

Premièrement, les employés et les patients ont exprimé des préoccupations et signalé des problèmes quant à l'accessibilité aux installations pour les personnes en fauteuil roulant, les personnes sourdes ou malentendantes, et les personnes aveugles ou malvoyantes. Le manque d'utilisation de la langue des signes (ASL) pour le site Web et les interprètes en personne a également été mentionné dans les discussions. Par exemple, un participant a partagé les préoccupations suivantes avec le C-AIDE :

« Les défis? L'accessibilité est terrible pour les personnes en fauteuil roulant. Et pour une personne sourde ou malentendante, ça ne va pas du tout. Si vous visitez le site Web [du CUSM], il n'y a rien d'indiqué pour les personnes sourdes. Il n'y a pas de langue des signes qui, à mon avis, devrait être incorporée sur le site Web car les personnes sourdes savent lire [mais pas toutes] [...]. Et peu de gens réalisent que même lorsqu'on vient en personne, on a besoin d'un interprète de la langue des signes ASL. C'est difficile pour certaines personnes [...]. Et l'accessibilité [...] pour les fauteuils roulants, nous ne devrions pas avoir à nous promener partout dans l'hôpital, à différents étages, simplement pour utiliser les toilettes car notre fauteuil roulant n'entre pas dans toutes les salles de bain. C'est un hôpital neuf qui vient d'être bâti alors ça n'a pas de sens pour moi. Pourquoi doit-on demander à des personnes qui marchent de faire quelque chose pour une personne en fauteuil roulant? Pourquoi doit-on demander à des personnes entendant de faire quelque chose pour les personnes sourdes? Je ne comprends pas cette logique car une personne qui entend de moins en moins bien ou qui est malentendante n'est pas la même qu'une personne qui entend. Il faut aller à la source. C'est la même chose pour les personnes aveugles. Il faut aller à la source. Ma préoccupation est qu'il y a eu un incident de code argent je crois l'été dernier [...]. Et [...] j'étais vraiment inquiet car je voulais savoir ce qui se passe pour une personne malentendante ou sourde. Comment font-ils pour l'entendre? Comment peuvent-ils se mettre en sécurité? Comment peut-on les distinguer? Car s'il s'agit d'une annonce sur le système de sonorisation, nous ne l'entendons pas. Nous ne comprenons pas ce qui se dit sur le système. Et si vous mettez le message sur un écran, la personne sourde peut le lire. Alors, qu'est-ce qui est fait? Qu'est-ce qui est mis en place?

Comment s'assurer qu'une personne en fauteuil roulant sorte de façon sécuritaire [...] et une personne aveugle? Que fait-on [...] pour cela?» (Identité du participant rendue anonyme)

Un appel général à « l'amélioration de l'accessibilité aux établissements Le Neuro, l'Hôpital général de Montréal, et l'Hôpital de Lachine pour les gens en situation de handicap » a été repris par un participant (Identité du participant rendue anonyme). La déception quant aux installations nouvellement construites du Site Glen du CUSM a été exprimée. Il a été suggéré de surpasser les normes d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap afin de corriger les déficiences des installations physiques :

« Il faut aller au-delà des normes en termes d'accessibilité pour les gens en situation de handicap. Pour un nouvel hôpital [qu'est] le Glen, nous entendons souvent qu'il n'est pas du tout accessible. Inclure l'avis des gens qui le vivent à tous les jours afin d'être plus accessible. La cafétéria n'a pas de micro-ondes au Glen. Ceci est difficile à expliquer pour les gens qui viennent pour un rendez-vous et ne pourront pas réchauffer leur nourriture. Ou pour les familles qui veulent réchauffer leurs bouteilles/nourriture pour leurs enfants. Cela crée une disparité pour ces gens. » (Identité du participant rendue anonyme)

Deuxièmement, les participants ont signalé le traitement que subissent les employés et les patients ayant des déficiences sensorielles et/ou motrices. Les expériences partagées comportaient des préjugés conscients ou inconscients de la part du personnel de la santé et/ou des collègues et superviseurs/gestionnaires.

Un participant a mentionné au C-AIDE que presque à chaque fois que la personne a un rendez-vous au CUSM, elle fait tout ce qui est possible pour informer le personnel de la santé à l'avance du besoin d'assistance du patient en raison de son fauteuil roulant motorisé. Les fauteuils roulants motorisés sont plus larges que les fauteuils roulants manuels utilisés à l'hôpital. Par conséquent, l'un des problèmes majeurs auxquels le participant fait face au CUSM est de se rendre à divers rendez-vous sur différents étages et dans différents édifices. La personne a aussi mentionné la tournure difficile que peut prendre cette situation lorsque le personnel de la santé a été informé d'avance des besoins du patient mais qu'ils sont surpris et stupéfaits quand le patient arrive en fauteuil roulant motorisé.

« Par exemple, si vous allez consulter [un spécialiste], vous leur dites 'je suis en fauteuil roulant et je vais avoir besoin d'aide' et ils vous répondent 'Oui, ne vous en faites pas'. Puis, le jour du rendez-vous, vous vous faites dire 'Oh, vous auriez dû nous le dire'. MAIS JE L'AVAIS DIT!! » (Identité du participant rendue anonyme)

Le participant a également souligné qu'une des solutions que le personnel de la santé suggère fréquemment est le transfert vers un fauteuil roulant manuel de l'hôpital. Ce n'est pas la meilleure solution ni la plus pratique pour la santé et l'autonomie de la personne en question.

Un autre participant a fait part de ses préoccupations quant à ses observations, faites au CUSM, sur la façon dont les personnes vieillissantes et les personnes souffrant de handicaps physiques ou intellectuels sont traitées. La personne a exprimé ses préoccupations comme suit :

« [...] Je travaille au département X, et je remarque souvent [...] des patients, qui se rendent à l'urgence, par exemple, qui sont bousculés ou négligés en raison de leur âge, de leur fragilité, de la complexité de leur état de santé, et qui craignent que leur congé de l'hôpital ne soit retardé en raison de leur perte d'autonomie. Il existe de la discrimination envers les gens qui vont occuper des lits, demander du temps, etc. à comparer à des plus jeunes ayant un seul diagnostic et sans complications sociales. La même chose s'applique aux personnes souffrant de handicaps physiques ou intellectuels ou aux prises avec des problèmes de santé mentale, aux personnes en situation

d'itinérance, aux personnes caractérielles, et à toute personne dont les conditions de vie sont précaires, pour quelque raison que ce soit. » (Identité du participant rendue anonyme)

Certains participants ont également exprimé des préoccupations à l'égard du traitement des patients plus âgés au CUSM. L'un d'entre eux a signalé avoir été témoin, à de multiples reprises, de personnes âgées qui n'étaient pas informées de changements à leur plan de soins ou à leurs procédures chirurgicales ou de leur transport vers d'autres unités ou établissements.

« Combien de patients j'ai vus faire un séjour à l'hôpital ignorant complètement l'orientation [du] plan de soins... découvrir que tu vas en opération quand le transport arrive! Découvrir qu'il[s] sont transférés dans un autre [CH (centre hospitalier)] quand l'ambulance arrive !!! Pourquoi ces personnes (patients) ne sont pas informé[e]s? Parce qu'ils sont des aînés? Ça ne vaut pas la peine de leur expliquer? Oui, nos patients aînés eux aussi vivent des injustices. Souvent, ils sont « overlooked » et pas informés. Je ne pense PAS qu'ils bénéficient d'inclusion. Et certains médecins manquent de courtoisie, il y a un minimum de grandes lignes qu'il faut communiquer aux patients aînés, car nos aînés ne sont pas tous incapables de communiquer ou de comprendre. » (Identité du participant rendue anonyme)

Troisièmement, les participants ont partagé des exemples d'âgisme et de préjugés entourant les processus de recrutement et d'embauche au CUSM. Ils ont exprimé des préoccupations quant aux pratiques et aux préjugés menant à l'exclusion de personnes ayant des déficiences motrices et/ou sensorielles et des candidats plus âgés.

Un participant (dont l'identité a été rendue anonyme) a affirmé :

« Dans la plupart des organisations, la définition de la diversité se résume étroitement au genre, à la couleur de peau et à la nationalité/l'origine ethnique. L'âgisme et le capacitisme sont fréquents et peu d'efforts sont consentis pour faciliter les premières d'étapes de la demande d'emploi pour les personnes ayant des déficiences sensorielles ou motrices. De plus, la date de naissance ou la date de diplomation universitaire est souvent utilisée pour exclure les candidats plus âgés parce qu'ils sont surqualifiés. »

Un autre participant a partagé l'expérience d'une personne dans le processus d'embauche et signalé les actions administratives supplémentaires nécessaires pour répondre à ses besoins dans le milieu de travail. Le participant a affirmé que le mandat du CUSM exige un examen physique prodigué par un médecin. Il a ajouté qu'ils ont « subi tous les préjugés et les commentaires inappropriés possibles » à l'égard de l'état de santé et du handicap de la personne. Le participant (identité rendue anonyme) a souligné que durant l'examen médical, les commentaires suivants avaient été faits :

- *« nier le fait que j'ai un handicap [...] et me faire volontairement mal pendant l'examen physique »;*
- *« me dire que je suis grosse et que je devrais lire le livre 'SOS, j'ai toujours faim' »;*
- *« que je suis trop souvent malade et que je vais manquer trop de jours de travail »;*
- *« prétendre que je veux entrer au CUSM juste pour pouvoir me mettre en arrêt maladie après 2 ans »;*
- *« et finir par me dire [qu'elle/qu'il] va recommander que mon contrat soit annulé parce que je n'aurais pas dû être embauchée selon [elle/il] ».*

Le participant a signalé que cette expérience avait « véritablement été l'une des pires expériences de [sa vie] ». Si la personne n'avait pas déjà commencé à travailler pour le CUSM et constaté que ce n'était pas du tout l'opinion du gestionnaire ni celle du représentant des RH du CUSM, le participant aurait refusé l'emploi et porté plainte. En outre, le participant a ajouté « Comment parle-t-on aux patients si on traite nos collègues de la sorte? »

- **Racisme envers les communautés asiatiques**

Le racisme envers les communautés asiatiques est un autre des ismes signalé par les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative. « *Au Canada, le racisme envers les communautés asiatiques fait référence à la discrimination historique et continue, aux stéréotypes négatifs et aux injustices subis par les peuples d'origine asiatique, selon les hypothèses des autres quant à leur ethnicité et leur nationalité. Les peuples d'origine asiatique sont assujettis à des tropes et stéréotypes manifestes et subtils, individuels et systémiques, ce qui mène à leur marginalisation, désavantage et traitement inéquitable continus sur le plan social, économique, politique et culturel* » (Gouvernement du Canada, 2022). Par exemple, au début de la pandémie de COVID-19, les crimes haineux signalés par la police contre les Asiatiques de l'Est et du Sud-Est ont bondi de 301 pour cent (2019 : 67; 2020 : 269) (Wang & Moreau, 2022, p. 14). Par conséquent, les participants au sondage, aux entretiens et aux groupes de discussion ont exprimé leurs inquiétudes face aux incidences de racisme envers les communautés asiatiques au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Les participants ont signalé des préoccupations à l'égard des stéréotypes négatifs envers les personnes d'origine asiatique, les commentaires racistes, manifestes et subtils, de la part de membres de la communauté du CUSM, l'incidence de l'effet interracial, et le besoin pour l'institution de reconnaître l'existence du racisme envers les communautés asiatiques au CUSM/à l'IR-CUSM. Les incidents de racisme envers les communautés asiatiques qui ont été rapportés touchaient à la fois les patients et les employés du CUSM.

Dans le cadre de l'évaluation qualitative, 2,9 % des participants ont signalé avoir vécu des expériences de racisme envers les communautés asiatiques. Les répondants au sondage ont également soulevé de tels problèmes et incidents aux questions 14, 15 et 22. Les citations qui suivent ont été partagées avec le C-AIDE :

« *Reconnaître que les Asiatiques subissent de la discrimination (le discours actuel porte surtout sur les Noirs et les peuples autochtones, et il est justifié qu'ils reçoivent toute cette attention).* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Les patients utilisent des mots/termes inappropriés associés à mon origine chinoise (la plupart du temps inconsciemment).* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Été témoin des gestionnaires [du département] et des Ressources humaines porter des jugements sur des candidats [...] après l'entrevue sur la base de stéréotypes raciaux (p. ex. : 'On voit bien que [la personne] pense vraiment comme] un Asiatique, un Noir, un Blanc, et qu'elle aura de la difficulté à gérer l'ambiguïté' et 'J'ai déjà eu un gestionnaire chinois – c'était un vrai perfectionniste, ce candidat sera pareil... il travaillera trop, ça fait partie de 'leur culture').* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Une fois, j'ai entendu une [...] infirmière de [département] dire à une autre [...] infirmière '[nom], ouvre-toi les yeux, tu n'es pas Chinoise!' Il y avait plus de 4 infirmières assises au poste qui ont toutes entendues ce que [la personne] a dit; or, elles riaient et ricanaient toutes et personne n'a arrêté [la personne]. J'ai été surprise de voir qu'un groupe d'employés du CUSM pouvait être si raciste et effronté.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Depuis la pandémie, il y a eu une augmentation de sentiments anti-asiatiques qu'on a pu observer dans les nouvelles. On entend par-ci et par-là le virus chinois, c'est absurde d'entendre des préjugés de cette nature. Le CUSM reste silencieux sur cet enjeu. Pourtant, c'est une belle occasion pour les gestionnaires de sensibiliser tout le personnel du CUSM sur ce sujet.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« Je travaillais dans une certaine unité. Je portais ma carte d'identité mais j'étais [...] venu à titre de membre de la famille. Mais, [...] comme je suis allé après le travail, j'avais mon sac et ma carte d'identité et cette personne [...] vient vers moi et me dis 'oh, bonsoir, et me désigne d'un certain nom. Et je réponds 'Non, vous vous trompez de personne! [...] Il est clair que cette personne n'a pas réalisé que tous les Asiatiques NE SE ressemblent PAS. [...] Je suis ma propre personne, [...] [...] peut-être avez-vous [...]. [ou] peut-être que c'est le masque qui a créé la confusion. Mais, dès que j'ai dit 'Ce n'est pas moi, vous vous trompez de personne', je pense que [la personne] ne savait pas quoi répondre et a dit 'Oh, d'accord!' puis est partie. Et clairement [la personne...] pensait que je faisais partie de l'équipe de [la personne], et [la personne] a été très polie et gentille en me disant au revoir à la fin de la journée. Mais vous savez 'Tous les Asiatiques ne se ressemblent pas!!!' ». (Identité du participant rendue anonyme)

- **Racisme envers les communautés noires**

Le racisme envers les communautés noires est un autre isme rapporté par les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative. Le racisme anti-noir a d'abord été exprimé par D^r Akua Benjamin au Canada et défini par le Black Health Alliance comme étant « *les politiques et pratiques enracinées dans les institutions canadiennes, telles que celles qui portent sur l'éducation, les soins de santé et la justice, qui reflètent et renforcent les croyances, les attitudes, les préjugés, les stéréotypes et/ou la discrimination à l'égard des personnes d'origine noire-africaine.* » Cette définition vise à mettre en lumière « *la nature unique du racisme systémique dont sont victimes les Canadiens noirs, et l'histoire ainsi que les expériences d'esclavage et de colonisation des personnes d'origine noire-africaine au Canada* » (Black Health Alliance, s.d.).

Au total, 8,8 % des participants à l'évaluation qualitative ont partagé des expériences de racisme envers les communautés noires au CUSM et/ou à l'IR-CUSM. Les participants au sondage ont partagé leurs expériences et leurs observations dans leurs réponses aux questions. Les incidents de racisme anti-noir qui ont été partagés avec le C-AIDE touchaient des patients, des membres de la famille, des collègues et des superviseurs/gestionnaires. Les citations qui suivent sont des exemples de faits vécus et d'observations de la part des participants :

« *On m'a désigné par le mot commençant par 'N' et j'ai été frappé par mon gestionnaire à de [multiple] reprises. Les RH n'ont pas pris de mesures disciplinaires contre mon gestionnaire ou pris d'initiatives pour me procurer un environnement de travail sûr afin de me protéger du danger, alors le comportement abusif de mon gestionnaire a persisté et les agents des RH ont été promus.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Des collègues qui se moquent des Noirs.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *[Moi] et un autre collègue racisé nous sommes fait dire par un gestionnaire que le fait de ne pas prendre nos pauses afin de continuer à travailler faisait de nous les petits esclaves de [la personne].* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *J'ai observé à plusieurs [occasions] l'agent de sécurité principal [...] parler de façon très condescendante au personnel de [la personne] qui étaient en très grande majorité des Noirs (Haïtiens), tant des hommes que des femmes. [La personne] leur parlait comme j'imagine le ferait le gardien de sécurité d'une prison à des [détenus]. Je partageais souvent avec l'équipe de la sécurité par la suite mon sentiment à l'effet que le comportement de [la personne] était inapproprié. J'aurais aimé avoir l'occasion de le signaler au superviseur de [la personne].* » (Identité du participant rendue anonyme)

« Lorsque [la personne] est montée avant que [la personne] parle, 'Où est la pièce d'identité?', 'Où est [votre] pièce d'identité?'. Alors je l'ai regardé et j'ai dit 'Eh bien, voici toutes mes choses. Voici mon nom, voici mon visage, vous avez tout ce qu'il vous faut, vous pouvez demander à [mon collègue]'. Puis, [la personne] a demandé à [mon collègue] 'Est-ce qu'il travaille pour vous?' Pendant que [la personne] posait toutes ces questions, tout le monde regardait car un Noir était suivi par un gardien de sécurité. Alors, on s'attend à cela, si vous voyez ce que je veux dire. Et maintenant, j'ai honte et tout le monde me regarde. Tout le monde me fixe [...] et se demande 'Pourquoi la sécurité est-elle là? Qu'est-ce qui se passe?' Pourquoi suit-il [la personne]?' » (Identité du participant rendue anonyme)

Les preuves mènent le C-AIDE à déterminer que le racisme anti-noir existe dans la communauté du CUSM. D'après la littérature émergente au Canada, la réalité des populations afro-canadiennes et caribéennes n'est pas reconnue, comprise ou traitée, et on en sait encore moins sur la santé des populations noires du Québec. Comme l'ont démontré les agressions déchirantes et très médiatisées contre les Noirs aux États-Unis, à Toronto et à Montréal, combinées aux inégalités flagrantes en matière de soins de santé observées durant la pandémie de COVID-19, y compris chez les aînés et le personnel de la santé dans les centres d'hébergement de longue durée, les inégalités et le racisme sont des équivalents de maladies en termes d'impact et contribuent à la complexité et aux mauvais résultats en matière de santé. En dépit des progrès et des réformes sociétales, le racisme persiste et contribue à une hausse des maladies chroniques et de la méfiance, ce qui mène à la surreprésentation des Noirs en milieu hospitalier et à leur sous-représentation en milieu ambulatoire. De plus, le manque de participation historique de la population noire aux études de recherche a créé des lacunes dans les connaissances des meilleures pratiques.

Comme l'a demandé un jour la lauréate du prix Nobel, la regrettée Toni Morrison, « Qu'est-ce qui motive la condition humaine à construire les autres? Pourquoi les autres nous font-ils peur? ». L'une des pièces malléables du casse-tête est peut-être l'ignorance provenant du manque d'éducation formelle ou informelle en matière de race, de racisme, des déterminants sociaux de la santé et de leurs puissants impacts sur la vie des Noirs, des Autochtones, d'autres personnes de couleur et d'autres groupes en quête d'équité. Ceci ne devrait pas être surprenant, compte tenu de l'exclusion historique de grandes périodes de l'histoire des Noirs au Canada du programme d'enseignement primaire, secondaire et postsecondaire, entraînant un manque de compréhension des adversités historiques telles que l'esclavage, la ségrégation et d'autres exclusions fondées sur la race des ressources sanitaires, éducatives, sociales et économiques qui ont donné lieu aux disparités socio-économiques observées aujourd'hui en Amérique du Nord, y compris au CUSM, à l'IR-CUSM et ailleurs dans le système de soins de santé au Québec. Mais il y a une lueur d'espoir. L'éducation, l'empathie et l'humilité sont essentielles. Grâce à un débat continu sur le racisme systémique au sein de nos communautés et à son engagement envers l'IEDI, le CUSM a l'obligation non seulement de sensibiliser les gens aux inégalités et au racisme dans les soins de santé, mais aussi de mettre en œuvre des mesures pour mettre fin à l'érosion de l'histoire des Noirs au Canada découlant du racisme anti-noir, qu'il soit inconscient, manifeste, caché ou systémique.

- **Racisme envers les communautés autochtones**

Le racisme envers les communautés autochtones est un autre isme pour lequel les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative ont exprimé des préoccupations. « *Le racisme envers les communautés autochtones ou le racisme spécifique aux autochtones est la discrimination continue fondée sur la race, les stéréotypes négatifs et l'injustice dont sont victimes les peuples autochtones au Canada. Elle comprend des idées et des pratiques qui établissent, maintiennent et*

perpétuent les déséquilibres de pouvoir, les obstacles systémiques et les résultats inéquitables qui découlent de l'héritage des politiques et pratiques coloniales au Canada. » (Gouvernement de l'Ontario, 2022; Loppie et al., 2020; *Wabano Centre for Aboriginal Health in Partnership with the Ottawa Aboriginal Coalition*, 2022, p. 6). La vidéo documentant la maltraitance et la mort de Joyce Echaquan, une femme autochtone mère de sept enfants, a provoqué un tollé national et des appels aux dirigeants politiques du Québec pour qu'ils reconnaissent la présence d'un racisme systémique dans la province.

Initialement, quelques membres des communautés autochtones avaient fait part de leur intérêt à participer aux groupes de discussion mais après réflexion, ils ont indiqué qu'en raison des développements émergents autour des questions de Vérité et réconciliation, ce qu'ils ont perçu comme un autre acte de diversité de façade, et leurs préoccupations quant au fait que les paradigmes occidentaux de recherche ne respectent pas leur culture, ils ont choisi de ne pas participer à l'étude sur l'ÉDI. Au final, 1,1 % des répondants au sondage et 0 % des participants à l'évaluation qualitative se sont identifiés comme Autochtones.

La majorité des incidents partagés sont des observations des participants liées 1) au traitement et à la qualité des soins que les patients autochtones reçoivent au CUSM, 2) au manque de représentation autochtone au sein du personnel du CUSM, et 3) au désir et au besoin d'inclure une déclaration de reconnaissance des terres sur le site Web du CUSM et dans les installations des hôpitaux.

Pour l'évaluation qualitative, 32,3 % des participants ont soulevé des problèmes et des observations. Des incidents et des problèmes liés au traitement et aux soins accordés aux patients autochtones ont également été signalés dans les réponses aux questions 15,19 et 22 du sondage. La majorité des préoccupations et expériences touchaient le traitement des Autochtones et la qualité des soins qu'ils reçoivent au CUSM. Par exemple, un participant a partagé le traitement subi par une femme autochtone lors de son accouchement :

« Et [je vais en nommer un] pour parler du thème de la santé mentale des Autochtones. Nous [...] avons reçu une patiente venue [...] pour accoucher. Elle a été emmenée en ambulance. Elle était en situation d'itinérance et avait consommé de l'alcool. Elle a été durement jugée et je trouve que les soins [...] qu'elle a reçus pendant [...] son accouchement étaient nettement inférieurs à ceux qu'une autre femme aurait reçus. Et ça, c'est vraiment décevant; j'ai été choqué de voir cela et lorsque j'ai pris la relève [...] j'ai été outré de constater les soins qui n'avaient pas été prodigués à cette femme. Je crois qu'il y a plusieurs leçons à tirer de cet exemple. Notre personnel a définitivement besoin d'une formation en soins tenant compte des traumatismes. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a partagé ses préoccupations quant à la qualité des soins que les patients autochtones reçoivent, et l'incompréhension des méthodes de guérison traditionnelle qui intègrent les pratiques de santé aux approches, connaissances et croyances en matière de bien-être autochtone.

« Nous traitons une énorme population autochtone de [...] tous les groupes d'âge, d'enfants en pédiatrie, et les populations du Nord, et même les adultes qui sont très nombreux dans notre Centre de traumatologie, mais je ne pense pas [...] que nous appliquons les mêmes principes de soins que ceux que nous appliquons lorsque nous traitons n'importe quel patient en traumatologie. Et, bien sûr nous avons des traducteurs. Nous avons des accompagnateurs mais [...] je ne pense pas que nous les incluons dans les conversations. Ils sont pourtant là pour nous aider à atteindre nos objectifs. Mais je ne suis pas certain que nous comprenons bien les besoins du patient et comment il perçoit son expérience de

santé. [...] Je crois que ça nous sert nous, en tant que professionnels. Mais je ne suis pas certain si ça sert très bien le patient. Même [...] la façon dont nous soignons cette population. Je ne suis pas certain que nous comprenons leur culture, leur système de croyances, comment ils perçoivent les épisodes de santé. Je crois qu'il y a beaucoup de [...] on finit par tout généraliser : 'ils sont encore ici pour la même raison'. [...] Nous les catégorisons de la même façon, ils viennent toujours parce qu'ils ont eu un accident, et bien entendu, c'est lié au même problème. Alors je crois que nous ne faisons que généraliser. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a signalé ce qui suit :

« Des soins donnés à des patientes/familles autochtones qui ne sont pas culturellement sécuritaires, des commentaires discriminatoires, une approche non adaptée. » (Identité du participant rendue anonyme).

Par ailleurs, un autre participant a non seulement partagé des préoccupations quant à la qualité des soins et au traitement des patients autochtones, mais a souligné l'approche inéquitable quant aux services de traduction et d'interprétation, l'absence d'options alimentaires supplémentaires, l'absence d'approche globale et la nécessité de réaliser l'impact que peut avoir un environnement non familier sur les patients autochtones.

« Pour ce qui est des patients, il y a définitivement des améliorations à apporter à mon avis. Non seulement dans notre attitude envers les patients, [...] nous devons tirer des leçons de la façon dont nous nous traitons les uns les autres au travail, et comment nous traitons nos patients. Parce que dans certains cas, c'est différent, malheureusement, et comme institution de façon générale, il y a définitivement des barrières qui pourraient tomber en matière d'équité. À titre d'exemple, les femmes autochtones [...] viennent souvent pour accoucher. Je travaille au Centre des naissances et pour elles, c'est un environnement complètement inconnu. Certaines d'entre elles ne sont jamais venues en ville, ne sont jamais venues à Montréal. Elles parlent une autre langue. [...] C'est un choc culturel immense [...] et plusieurs viennent seules. Certaines personnes auront un accompagnateur mais seulement plus tard et une seule personne. Une telle situation présente tant de défis et je ne crois pas qu'on s'y penche suffisamment. Elles ne mangent pas la nourriture à laquelle elles ne sont pas habituées. Elles ne sont pas avec leur famille. Souvent, elles ne parlent pas la langue. Alors il y a une multitude de défis que nous ne relevons pas et c'est quelque chose, en fait, que l'on peut apprendre d'eux car je ne veux pas parler pour elles, mais elles croient en l'idée qu'il n'y a pas que la santé physique mais la santé mentale, émotionnelle, spirituelle dont on doit tenir compte pour avoir une idée globale de [...] notre bien-être et c'est un indice qu'elles nous donnent et qui s'applique dans de nombreuses circonstances. Mais pour poursuivre avec le même exemple : Si on s'occupait de certains de ces besoins émotionnels, que notre environnement rappelait davantage la maison, que nous faisons plus de place aux membres des familles, que nous aidions, [...], que nous augmentions le nombre d'accompagnateurs pouvant venir avec elles dans le sud pour cette occasion, être reconnaissants, et peut-être incorporer [...] certaines de leurs médecines traditionnelles dans certains cas, tout cela aiderait ultimement à améliorer leur santé physique. Si les autres facettes d'elles sont respectées et appréciées. Alors, oui, je crois qu'il y a définitivement place à amélioration. » (Identité du participant rendue anonyme)

D'autres participants ont parlé des patients autochtones, de leur lien à la terre et ont fait des suggestions quant à la façon dont l'hôpital et ses installations doivent évaluer les politiques et pratiques actuelles

afin qu'elles soient plus accueillantes et accommodantes pour les personnes autochtones. Une personne a reconnu que pour changer le système, il pourrait être utile d'essayer d'envisager des solutions qui sortent un peu des sentiers battus. La personne a expliqué ce qui suit, par exemple, en ce qui a trait aux espaces pouvant accueillir de vraies plantes dans l'hôpital :

« Si la règle dit 'Vous n'avez pas le droit de placer de plantes dans cette espace', comment pourrait-on, au lieu de simplement répondre immédiatement 'Ne mettons pas de plantes parce qu'on n'a pas le droit', y penser! Comment pouvons-nous [...] contourner le problème? Y a-t-il une autre façon de faire? Doit-on apporter des changements? Y a-t-il autre chose que nous pourrions faire que de simplement mettre une fausse plante [dans le couloir de l'hôpital]? [...] Des choses comme ça [...] prendre du recul et examiner les politiques en place et voir [...] comment on pourrait les modifier pour accommoder différentes [...] cultures et leurs croyances afin qu'ils se sentent en sécurité dans l'hôpital et qu'ils sentent que c'est [aussi] leur hôpital. Je crois que c'est super important. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a suggéré de prévoir un espace pour installer une salle de purification pour les patients et personnes proches aidantes autochtones et encourager le CUSM à renforcer sa collaboration avec le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke. (Identité du participant rendue anonyme).

Certains participants ont également dit avoir observé des commentaires discriminatoires et des microagressions à l'endroit des patients autochtones.

« Malheureusement beaucoup de préjugés, notamment face aux individus/familles de communautés autochtones. » (Identité du participant rendue anonyme).

« J'ai remarqué que quand certaines personnes travaillent auprès de patients autochtones, elles les abordent d'une manière qui semble dévalorisante (à mon avis). » (Identité du participant rendue anonyme).

La microagression suivante a été partagée :

« Mon [catégorie d'emploi au CUSM] a traité les Autochtones de bande d'ivrognes lors d'une réunion de travail et a dit que pour cette raison, notre département ne prodiguerait pas de soins à ce groupe. La personne était très vindicative alors je ne l'ai pas dénoncée car je ne pouvais pas le faire de façon sécuritaire. J'ai entendu des cliniciens faire des commentaires négatifs au sujet de personnes autochtones venues pour une chirurgie en ce qui a trait à leur comportement lorsqu'elles arrivent à Montréal. » (Identité du participant rendue anonyme)

Des participants ont également dénoncé le manque de représentation des populations autochtones parmi le personnel du CUSM et la nécessité d'embaucher des membres des communautés autochtones. Par exemple :

« J'ai essayé d'embaucher une personne autochtone sur un projet de recherche mais en raison des directives/exigences en matière de scolarité, cela n'a pas été possible. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Nous devons embaucher davantage de personnes autochtones. Je crois que cela [apparaît...] aussi dans de nombreux rapports et je pense qu'il y a beaucoup de bruit autour

de ça. Ce n'est pas facile à faire. Mais [...] y consacrer tous les efforts nécessaires, mettre les bouchées doubles pour que ça puisse se faire serait fantastique, puis ensuite, de le reconnaître et le célébrer, si l'on peut. » (Identité du participant rendue anonyme)

Finalement, des participants ont signalé le désir et le besoin d'inclure une déclaration de reconnaissance des terres sur le site Web et dans les installations du CUSM. Reconnaître les terres est une façon d'exprimer notre gratitude pour ceux qui y habitent et de rendre hommage aux peuples autochtones qui historiquement ont vécu et travaillé sur ces terres et continuent de le faire.

« Ici au CUSM, nous [...] parlons beaucoup. Nous disons quelles sont [...]nos...] valeurs, [...] le Dr Gfeller, a envoyé, en septembre je crois, un communiqué portant sur la [...] situation des Autochtones avec Joyce Echaquan et puis [...] je ne vois pas grand-chose d'autre. [...] Ce qui m'y a fait penser est que je cherchais [...] sur quelles terres le CUSM était bâti. C'est vrai que nous avons beaucoup d'établissements mais [...] sur quelles terres autochtones [...] sommes-nous assis? J'ai donc consulté notre site Web! Et je n'ai rien trouvé! Alors je me suis dit que [...] pour une organisation comme la nôtre qui a une immense population autochtone, pourquoi cette information ne s'y trouve-t-elle pas? » (Identité du participant rendue anonyme).

« Alors, en fait, [...] c'est le cas de plusieurs hôpitaux. Si vous allez à l'hôpital SickKids de Toronto ou à L'Hôpital d'Ottawa, ils auraient une déclaration de reconnaissance des terres dans l'entrée de l'établissement. Ou sur leur site Web (ou les deux). Une déclaration disant que nous reconnaissons que nous sommes sur les terres et le territoire Mohawk [n'ayant jamais été cédé]. Et je crois que [...] ce serait [...] très fort si nous pouvions le faire aussi. Je sais que ce ne sont que des mots, mais ce sont des mots très importants [...]. Et je ne sais pas pourquoi cela n'a pas déjà été fait car il y a beaucoup d'intérêt [...] de la part de [...] la haute direction [...] à travailler avec les communautés autochtones alors je ne comprends pas pourquoi [...] cet élément n'a pas encore été réalisé. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **Préjugés et discrimination liés au genre (cishétérosexisme)**

La discrimination et les préjugés liés au genre ont également été cités et partagés avec le C-AIDE au cours des deux types d'évaluation. Les préjugés liés au genre consistent à favoriser un genre plus qu'un autre (Rothchild, 2014). La forme la plus fréquente de préjugés liés au genre est l'acte de préférer des hommes aux femmes (et des garçons aux filles), ce qui résulte habituellement en des ramifications négatives pour les femmes (Cook, 2016; Rothchild, 2014). Les préjugés liés au genre peuvent comporter des préjugés inconscients ou implicites et se manifester lorsqu'une personne (consciemment ou inconsciemment) attribue certaines caractéristiques ou certains stéréotypes à une personne ou un groupe de personnes. Les caractéristiques et comportements attribués influencent les interactions de cette personne avec l'autre personne ou le groupe et sa compréhension de ceux-ci.

Les répondants au sondage et les participants aux entretiens ont rapporté des incidents de sexisme (ou de harcèlement sexuel), qui sont des manifestations flagrantes de préjugés ou de discrimination liés au genre en fonction du sexe d'une personne. Vous trouverez leurs citations et exemples dans une section distincte intitulée *Sexisme*. Les résultats liés à la communauté 2SLGBTQIA+ sont abordés dans une section distincte intitulée *Communauté 2SLGBTQIA+ et populations diversifiées sur le plan du genre*.

Dans le cadre de l'évaluation qualitative, 11,8% des participants ont signalé des incidents et des observations touchant les préjugés et la discrimination liés au genre. Les participants au sondage ont exprimé leurs observations et préoccupations aux questions 14, 15, 19 et 22.

Les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative ont signalé des incidents de préjugés et de discrimination liés au genre, tels que des différences de traitement en raison du genre de la personne, principalement dans le cas des femmes, des stéréotypes perçus au sein des professions de soins de santé (comme une infirmière 'doit être' une femme et un médecin 'doit être' un homme) et des dynamiques de pouvoir entre les sexes, l'incapacité de partager ses inquiétudes et idées en raison des discussions dominées par les hommes, les inégalités dans les promotions et la rémunération, et les inégalités dans les dynamiques de pouvoir entre les sexes et la structure hiérarchique de l'organisation. Une préoccupation partagée de façon constante est le fait que les femmes affirment faire face à des obstacles les empêchant d'accéder aux rôles de haute direction ou de leadership en raison des discussions et des positions dominées par les hommes. Les citations qui suivent sont des exemples d'incidents et de microagressions dirigés vers les femmes au CUSM :

« 'Écoute bien ma p'tite fille' et 'Je ne sais pas pourquoi ils continuent à embaucher des femmes dans des postes de gestion ici'. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Quelques occasions seulement, différence de traitement en lien avec mon genre. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Voici ce qu'on a dit de moi à un collègue : 'Je vais faire tout en mon pouvoir pour m'assurer que cette prétentieuse (insérer une injure) est chassée d'ici. Elle devrait connaître sa place.' » (Identité du participant rendue anonyme)

« Vous êtes parfois traitée différemment uniquement parce que vous êtes une femme. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Et le statut [...] dans l'organisation, je sens que quand je suis dans une salle pour un forum interdisciplinaire, où des médecins masculins domineront la conversation et prendront les décisions, tout doit [...] se rapporter à ce médecin qui prend la parole parce qu'il a parlé le plus fort ou réagi le plus fort, alors nous ne voulons pas faire de vagues. Nous ne voulons pas causer [...], nous ne voulons pas que ce médecin réagisse à nous. [...] Si je prends juste les hommes et les femmes, [...] même cela, je pense [...] que ce n'est pas égal. [...] Je n'ai pas une voix égale à cause [...] de leur statut [...] car leurs décisions sont prises autour de leurs propres priorités, et je ne suis pas [...] je trouve que d'autres professionnels pourraient faire valoir leurs priorités. Mais au final, toutes les décisions sont prises par eux, alors parfois, ça ne vaut pas la peine. Et [...] il y a des gens qui disent 'Bon, ça ne vaut pas la peine de [...] dire quoi que ce soit parce que c'est un homme'. Cette personne peut s'en tirer avec beaucoup plus que ce qu'une femme aurait pu faire ou dire pour finalement être mal perçue. Et parce que c'est un homme, même si ce qu'il dit n'a pas de sens, il semble tout de même avoir un avantage sur la prise de décision, le poste, le pouvoir [et] l'influence. Alors, je crois que juste pour cela, ce n'est pas égal. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Je suis Blanche, cisgenre et hétérosexuelle. Les choses sont assez faciles pour moi. Le seul aspect de mon identité que je sens qui m'empêche parfois de me réaliser pleinement est le fait que je sois une femme. Je suis chanceuse d'avoir de nombreuses collègues féminines fantastiques et des collègues masculins qui me soutiennent, mais il y a quand

même des moments difficiles. Par exemple, lorsque je collabore avec un collègue masculin lors de soins au patient, les patients vont m'appeler son assistante, son étudiante, ou l'infirmière et lui, on l'appellera 'docteur' untel (ni l'un ni l'autre de nous sommes des infirmiers ou des médecins. Ça me dérange aussi que le fait d'utiliser les termes 'infirmière' et 'médecin' insinue une dynamique de pouvoir sexospécifique). Avec certains collègues masculins, je suis qualifiée de 'frustrée' ou perçue comme étant agressive si j'imites leur style de communication, ce qui est souvent nécessaire pour me faire comprendre. Et puis voir ces mêmes collègues parler surtout à d'autres hommes, remercier d'autres hommes et ne pas reconnaître qu'une idée venait initialement d'une femme. » (Identité du participant rendue anonyme)

« À l'occasion, dans un passé lointain, des patients ont supposé par erreur que j'étais une infirmière (plutôt qu'un médecin). » (Identité du participant rendue anonyme)

« J'ai une collègue féminine qui a été écartée de certains processus de recrutement parce qu'elle avait prévu un congé de maternité. Je trouve cela complètement aberrant. Cela ne devrait pas se produire. ... Laissez la place aux femmes et ne les limitez pas dans leur carrière parce qu'elles sont en train de construire leur famille. » (Identité du participant rendue anonyme)

« En raison de ma position dans la hiérarchie et parce que je suis une jeune femme, mes opinions ne sont pas valorisées autant que celles de mon gestionnaire, par exemple, même si j'ai davantage de qualifications et d'expérience dans certains domaines. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Égalité entre employés féminins et masculins (salaire) et entre les secrétaires, infirmières et médecins (respect). » (Identité du participant rendue anonyme)

« S'assurer que les femmes et les hommes sont traités également. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Une rémunération équitable pour les postes à prédominance féminine serait aussi une bonne chose, nous sommes nettement sous-payées dans le département [...]. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Le [titre du poste] doit défendre le droit des femmes musulmanes portant le hijab sinon le CUSM participe à l'exclusion sexiste et religieuse de nombreuses personnes. On peut bien se couvrir le visage maintenant, et nous devons représenter la population que nous desservons par la diversité que nous acceptons à l'hôpital. Le [nom du département] ne doit pas soutenir un chef de département lorsqu'il est reconnu que son leadership a causé l'exode d'un nombre disproportionné de femmes plutôt que d'hommes, comme dans le département [nom du département]. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **Communauté 2SLGBTQIA+ et populations diversifiées sur le plan du genre**

Les répondants au sondage ont signalé des incidents d'homophobie de transphobie et d'autres formes de phobies à l'endroit des personnes 2SLGBTQ+ (bispirituel, lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou en questionnement, intersexe, asexuel ou autre) et la méfiance des employés et des patients qui en découle. L'homophobie se définit comme une aversion irrationnelle, la peur ou la haine envers les personnes et les communautés gaies, lesbiennes ou bisexuelles, ou envers les comportements

stéréotypés comme étant homosexuels (Commission ontarienne des droits de la personne, 2022a). La biphobie est la peur, la haine, le malaise ou la méfiance, en particulier à l'égard des personnes bisexuelles. De même, la transphobie est la peur, la haine, le malaise ou la méfiance à l'égard des personnes transgenres, queers ou qui ne suivent pas les normes de genre traditionnelles (Planned Parenthood, 2022).

Les participants au sondage ont signalé des incidents, des observations et des préoccupations aux questions 14, 15, 19, et 21, notamment le fait de ne pas pouvoir être ouvert avec ses collègues concernant son orientation, les commentaires inappropriés et homophobes faits par des collègues, la méfiance de la communauté 2SLGBTQ+ envers le système de santé, et la nécessité d'une formation sur l'ÉDI pour les populations de genre divers. Vous trouverez ces renseignements dans la section intitulée *Thème 7. Éducation, enseignement et formation*.

Les citations qui suivent font état d'incidents, de microagressions et de préoccupations à l'endroit des personnes 2SLGBTQ+ au CUSM et à l'IR-CUSM :

« J'ai vu des gens [sévèrement discriminés qui faisaient] partie de la communauté LGBTQ+. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Selon mon expérience personnelle, il y a eu des occasions où de nombreux collègues sont ensemble dans le département en train de faire des 'blagues' à propos de personnes LGBTQ+, sans savoir que d'autres personnes se trouvant dans la même pièce font peut-être partie de la communauté LGBTQ+. [C'est] profondément troublant. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Je ne sens pas que je peux être honnête à propos de mon identité avec les collègues de mon département après avoir entendu les blagues et les commentaires qu'ils ont faits. » (Identité du participant rendue anonyme).

« J'aimerais pouvoir ne pas avoir peur de dire aux gens que je suis trans et ne pas avoir à le cacher. Je souhaiterais qu'il y ait plus de ressources en santé mentale pour obtenir de l'aide pour cela et plus de professionnels formés et de mentions de 'diversité'. » (Identité du participant rendue anonyme)

« J'aimerais souligner qu'on ne doit pas négliger l'importance de tisser des liens avec les communautés trans et de genre divers. J'ai interagi avec plusieurs patients trans qui ont une méfiance extrême envers le système de santé. Leur point de vue est essentiel. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **Sexisme**

Les répondants au sondage et les participants aux entretiens ont rapporté des incidents de sexisme (ou de harcèlement sexuel), qui sont des manifestations flagrantes de préjugés ou de discrimination liés au genre en fonction du sexe d'une personne. Les employés et les patients ont également signalé des situations de préjugés ou de discrimination fondés sur le sexe, particulièrement à l'endroit des femmes.

Dans le cas de l'évaluation qualitative, 5,8 % des participants ont signalé des incidents et des observations liés au sexisme. Les participants au sondage ont partagé des incidents, observations et préoccupations aux questions 14, 15, 19, 21 et 22. Les citations suivantes sont des exemples d'incidents et de microagressions qui ont été rapportés (principalement) par des employées du CUSM :

« *Remarques de nature sexuelle/sexiste inappropriées faites par un médecin superviseur.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Des commentaires de nature sexiste à mon égard mais aussi des commentaires sexistes et racistes à l'égard de patients.* » (Identité du participant rendue anonyme).

« *Microaggressions verbales à connotation sexuelle.* » (Identité du participant rendue anonyme).

« *Des [commentaires] sexuellement suggestifs.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Harcelée sexuellement.* » (Identité du participant rendue anonyme).

« *Mon chef de division est sexiste contre les femmes [...] microaggressions en cours contre les femmes de ma division.* » (Identité du participant rendue anonyme).

« *La notion de sexisme a été omise de ce sondage et c'est très systémique au CUSM!!* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *En plus des incidents que j'ai vécus, j'ai été témoin de nombreuses autres situations subies par des collègues en raison de leur origine ethnique ou de leur religion, ou d'allégations de harcèlement sexuel ou d'abus verbal.* » (Identité du participant rendue anonyme).

Les citations suivantes sont des exemples des incidents et des microaggressions partagés par des patientes du CUSM :

« *Lors d'un suivi avec un médecin [spécialiste], lorsqu'on m'a questionné sur mon passé sexuel, j'ai répondu que je n'étais pas active. Il était agité et a fait un commentaire inapproprié de nature sexuelle à l'effet que je 'vieillissais comme un bon vin'. Il a ensuite dit qu'il n'aurait pas dû dire cela en tant que Catholique.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Une occasion avec une femme gynécologue : lorsqu'on m'a posé des questions sur mon passé sexuel et le nombre de partenaires que j'avais eus, j'ai dit que l'historique était nul, et les partenaires à zéro. Elle m'a interrogée, fâchée, comme si j'avais menti et m'a ensuite réprimandée à l'effet que le sexe était parfaitement normal et que je devais retirer mes vêtements et monter sur la table d'examen afin qu'elle puisse confirmer que je mentais. Pourquoi devrais-je permettre à un médecin avec une telle attitude de me toucher et de m'examiner? Encore une fois, je me suis sentie mal à l'aise en raison de mon état civil (pas de partenaire ou d'ami ou de membre de famille avec moi au rendez-vous pour me protéger et dissuader le médecin de me parler de cette façon), de mon genre (parce qu'elle me rabaissait et me grondait en tant que femme et ne respectait pas mon choix), et parce que suis une minorité visible (encore une fois parce qu'aucun de mes amis blancs, inactifs sexuellement, n'ont eu de telles expériences avec leur médecin). Ce fut une expérience très intimidante parce que j'ai figé lorsque le médecin m'a parlé durement et amèrement. Une partie de mon (sic) souhaite se conformer parce qu'avais peur d'elle, mais aussi, je ne voulais pas gaspiller ce rendez-vous. Elle m'a regardé avec mépris comme si j'étais sale et pourtant elle a exigé que j'enlève mes vêtements. Pour une première expérience avec un*

gynécologue (et même si ce n'était pas la première fois) et même si j'avais été active sexuellement à ce moment-là, elle était intimidante et s'est servi de son autorité pour malmenager les soins aux patients. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **Discriminations religieuses telles que l'islamophobie**

Les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative ont exprimé des préoccupations quant à la discrimination religieuse telle que l'islamophobie. La religion comprend les pratiques, les croyances et le respect faisant partie d'une foi ou d'une religion (Commission ontarienne des droits de la personne, 2022b). L'islamophobie est la peur, les préjugés et la haine des musulmans ou des non-musulmans qui conduisent à la provocation, à l'hostilité et à l'intolérance par le biais de menaces, de harcèlement, d'abus, d'incitation et d'intimidation des musulmans et des non-musulmans, à la fois dans le monde en ligne et hors ligne. Motivé par une hostilité institutionnelle, idéologique, politique et religieuse qui se transforme en racisme structurel et culturel ciblant les symboles et les marqueurs de l'identité musulmane (Awan & Zempi, 2020, p. 2).

La majorité des préoccupations et des incidents signalés étaient liés à l'islamophobie. Or, d'autres formes de discrimination religieuse ont également été citées, mais sans préciser de religion ni de foi. Les préoccupations signalées portaient sur le non-respect des convictions et des croyances religieuses, les règles et règlements inéquitables entourant les fêtes religieuses et confessionnelles, les patients qui refusent de se faire soigner par un médecin qui porte le hijab, et des réactions et expériences liées au projet de loi 21 et à un article d'opinion du Journal de l'Association médicale canadienne (AMC) publié en décembre 2021. L'article d'opinion a ensuite été rétracté.

Dans le cadre de l'évaluation qualitative, 5,8 % des participants ont parlé de discrimination religieuse. Les participants au sondage ont signalé des incidents et exprimé leurs préoccupations aux questions 14, 15, 21 et 22.

Les citations suivantes sont des exemples d'incidents et de préoccupations en matière de discrimination religieuse au CUSM qui ont été partagés :

« Les patients doivent être informés que le CUSM est une communauté multiraciale et inclusive qui ne tolère pas les commentaires ou les choix racistes (p. ex. : refuser de voir un médecin qui porte le hijab). » (Identité du participant rendue anonyme)

« J'ai participé à une initiative de collecte de témoignages [...] par rapport à l'islamophobie, uniquement dans le contexte de cette lettre. Et les gens partageaient des histoires comme 'Oui, mon hijab a été arraché dans un ascenseur du CUSM'. J'ai été choqué. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Tant que la province continue à travailler contre nous, nous ne serons pas une société inclusive. Empêcher les femmes qui portent le hijab d'occuper certains postes et réprimer les anglophones envoie le signal que le Québec est pour les Québécois pure laine. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Faire en sorte que les règles et règlements sur l'approbation des vacances soient uniformes pour tous. Souvent, certains d'entre nous dans l'équipe passons un moment difficile lorsque vient le temps de prendre des congés pour des vacances ou des fêtes religieuses, alors que d'autres membres de l'équipe n'ont aucun problème à faire approuver leurs vacances. C'est vraiment injuste, surtout en ce qui a trait aux fêtes religieuses. Je fais

partie d'une minorité ethnique et on m'a déjà fait la vie dure pour un jour de congé pour une fête religieuse, alors que d'autres employés pratiquant d'autres religions obtiennent un laissez-passer gratuit. La direction a laissé cela se produire souvent et c'est extrêmement injuste et discriminatoire. La même chose s'applique aux vacances. Je n'ai pas le sentiment qu'il y a de l'équité ou de l'inclusion de façon générale et cela provoque beaucoup de stress et d'anxiété chez plusieurs, et je sens que je n'ai personne vers qui me tourner. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Respecter les croyances et les vêtements religieux des gens. Octroyer des congés ou une allocation pour événements culturels spéciaux ou religieux. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Ne pas fêter – Noël --, permettre une flexibilité accrue pour les congés fériés pour tenir compte de la diversité. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Ma foi en Jésus-Christ n'est pas honorée ou respectée. » (Identité du participant rendue anonyme).

3. Diversité de la main-d'œuvre

Pour les participants, la représentation est importante. La diversité dans les postes de personnel, de gestion et de direction a été citée comme un enjeu important en matière d'ÉDI tant dans les réponses au sondage que dans les entretiens. Un taux de 32,4 % des participants à l'évaluation qualitative ont signalé ce thème. Autant les participants du CUSM que ceux de l'IR-CUSM ont mentionné le manque de diversité dans les postes de personnel, de gestion et de direction. Pour bon nombre d'entre eux, la représentation est importante à tous les niveaux de l'institution.

« Quelles que soient les initiatives entreprises au CUSM afin de favoriser l'inclusion, il est critique de noter que la diversité est aussi le fait d'avoir une place à la table et une voix, et l'appartenance est le fait de faire entendre cette voix. À l'heure actuelle, j'ai l'impression que le nombre de personnes occupant des postes de pouvoir est disproportionné [non représentatif] par rapport au nombre de personnes qu'elles emploient. » (Identité du participant rendue anonyme)

Les gens se sont plaints que les minorités visibles sont surtout embauchées à des postes de niveau inférieur comme les nettoyeurs, les concierges ou les gardiens de sécurité. *« J'aimerais voir de la diversité dans les postes de gestion, et pas seulement lorsque je regarde la personne qui vide les poubelles ou vadrouille le plancher. »*

(Identité du participant rendue anonyme) *« La représentation est importante à tous les niveaux; il ne faut pas juste embaucher des minorités visibles pour l'entretien ménager et laisser la crème, façon de parler, aux échelons supérieurs, soit ceux qui ont le réel pouvoir de faire changer les choses. » (Identité du participant rendue anonyme)*

Pour l'un des participants, le manque de diversité dans les postes de direction et de gestion était flagrant :

« La plupart des leaders du CUSM, tant à la haute direction qu'à la gestion des départements, sont Blancs, hétérosexuels et de plus en plus francophones. Ce sont des gens qui n'ont jamais ressenti de discrimination comme bon nombre d'entre nous l'avons vécue. Par conséquent, ils ne comprennent pas les enjeux auxquels nous faisons face et le discours entourant ce sujet semble n'être qu'un vœu pieux pour que la haute direction du CUSM puisse prétendre qu'elle fait bien les choses en ce qui concerne cette question. Donc, plutôt que de continuer à tenir le même discours, je conseillerais de faire quelque chose de plus concret pour ÊTRE réellement plus inclusif et moins discriminatoire. Le manque de diversité, subtile ou manifeste, est omniprésent dans notre milieu de travail. Un exemple qui m'a frappé récemment alors que je parcourais les longs couloirs de [l'Hôpital

général de Montréal] au 6^e étage, de la structure de stationnement au Hall Livingston, est que j'ai remarqué tous les portraits de Blancs sur les murs. Même les récentes campagnes publicitaires pour la fondation mettent surtout en scène des Blancs cliniciens. Bien que je doute que tout ceci soit fait consciemment, cela montre bien que la mentalité des administrateurs du CUSM est principalement centrée sur les Blancs, que ce soit conscient ou non. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a exprimé des préoccupations quant à l'incapacité de faire part de difficultés en matière d'ÉDI à l'équipe de gestion ou d'autres collègues :

« De plus, il faut des mécanismes clairs dès l'embauche quant à la diversité et l'inclusion (personnellement, je ne me suis jamais senti assez en confiance pour aborder mes difficultés avec l'équipe de gestion et mes collègues). » (Identité du participant rendue anonyme).

Les participants ont aussi souligné les préjugés inhérents au processus d'embauche et de sélection des membres de comités et de postes de gestion. Ils ont mentionné qu'en raison de groupes homogènes et de la sous-représentation de la diversité dans les postes de haute direction, il est impossible pour une minorité visible d'atteindre un certain objectif de carrière. Par exemple, un participant a expliqué ce qui suit :

« Je crois qu'une partie de la difficulté est que je ne vois pas [...] dans certains groupes, c'est toujours [...] homogène [...] vous savez déjà, pour certains comités, qui en fera partie. Vous pouvez deviner la personne ou le type de personne recherchée pour les postes de haute direction. Et je n'ai pas le goût de m'identifier comme une minorité; je ne me sens pas inclus là-dedans et je ne m'y vois pas. Et [...] ça ne m'intéresse même plus, parce que je me dis 'OK, eh bien dans ce groupe, il y a toujours le même type de personne', et ils ne perçoivent pas ça comme un problème, on dirait, et je n'aurai pas les mêmes chances d'atteindre l'objectif de carrière que je me suis fixé. » (Identité du participant rendue anonyme)

D'autres participants ont signalé la même question de l'homogénéité des gestionnaires, comme suit :

« [La Direction] des ressources humaines : c'est une équipe très homogène, chargée d'embaucher les gens dans des postes de direction avec le même 'profil'. Il n'y a pas assez de diversité dans les pratiques d'embauche. » (Identité du participant rendue anonyme).

« La gestion participative est mal vue et l'équipe de gestion se distingue par l'homogénéité de ses profils et expériences de travail. Les dissidents sont rapidement réduits au silence et réprimandés afin de rappeler rapidement aux employés leur statut et leur rang dans la hiérarchie. Le style de leadership autocratique descendant crée un environnement psychologiquement dangereux, favorisant et encourageant le manque d'appréciation, la frustration et le désengagement. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Pourquoi n'y a-t-il pas d'Autochtones dans des postes de direction? » (Identité du participant rendue anonyme).

Un autre participant a fait état des préjugés existants dans le processus d'embauche pour des postes de gestion, comme suit :

« Le recrutement des gestionnaires est imparfait et biaisé. Chaque fois qu'un employé envisage un poste, il est interviewé par les mêmes personnes. Vous parlez de la maîtrise de l'anglais et du français mais vos postes de gestion sont largement attribués à des francophones qui ne savent même pas parler un mot d'anglais. C'est consternant et franchement contraire à la mission de bilinguisme et d'inclusivité. Le CUSM devrait avoir recours à un organisme indépendant pour l'embauche de gestionnaires afin d'éviter les préjugés et les préférences personnelles. Les gestionnaires accordent souvent un traitement préférentiel à ceux qu'ils

aimeraient voir occuper le poste, par exemple, un poste d'infirmière gestionnaire adjointe ou un poste d'infirmière gestionnaire qui est comblé par quelqu'un qui ne connaît pas l'institution et qui ne maîtrise pas l'anglais. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a souligné que si une personne n'est pas Canadienne française, quels que soient les efforts qu'elle déploie pour atteindre un certain objectif professionnel, il est très peu probable qu'elle y parvienne.

« Pour une meilleur[e] gestion de la diversité : Il faut former les gestionnaires et cadres supérieurs, et renforcer le concept, car il sera difficile de transmettre aux employés que notre organisation voit et accepte la richesse qu'est la diversité quand certains adoptent une attitude contraire envers les employés. P. ex. : si tu n'es pas Canadien français tu ne va[s] pas progresser dans ta carrière ou tes efforts et ton bon rendement ne seront pas récompensés ou valorisés. Il faut aussi améliorer les connaissances des employés. » (Identité du participant rendue anonyme).

Une personne a même souligné que le « manque de diversité parmi les directeurs et cadres supérieurs démontre un manque de soutien à l'ÉDI » par le CUSM. Un répondant au sondage de l'IR-CUSM a noté que pour la personne :

« La plus grosse erreur de l'IR est d'avoir les mêmes personnes qui embauchent les mêmes cadres qui suivent des ateliers sur l'ÉDI, et essaient ensuite de guider les autres alors qu'ils n'ont aucune idée des défis culturels, entre autres, auxquels ces personnes sont confrontées comme la rédaction de quelque chose de simple comme la section sur l'expertise. C'est vraiment dommage. La diversité commence au sommet. » (Identité du participant rendue anonyme).

On peut conclure à partir des commentaires ci-dessus et ci-dessous que les participants du CUSM et de l'IR-CUSM souhaitent que les postes de direction et de gestion soient représentatifs de la population de patients desservie par le CUSM.

« Le CUSM devrait recruter des employés plus diversifiés sur le plan socio-ethno-culturel dans toutes les disciplines et dans toutes les catégories d'emplois et niveaux de gouvernance de l'organisation, y compris la haute direction, pour refléter la population qu'il dessert. » (Identité du participant rendue anonyme).

De nombreux participants ont suggéré que les conseils d'administration du CUSM et de l'IR-CUSM reflètent la population. Les participants appellent à une sensibilisation active pour améliorer la diversité.

« Aborder la thématique avec les gestionnaires et ne pas bloquer l'accès aux minorités dans des postes de cadres ou autres pour que ça soit représentatif de la population... c'est-à-dire une expression de la diversité tant prônée. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a précisé « faire en sorte que la direction soit un peu plus diversifiée, et pas juste un peu, mais véritablement. Et placer différentes personnes dans certains postes. » (Identité du participant rendue anonyme)

Les participants avaient les suggestions suivantes pour améliorer la représentation de la diversité :

- *« Soutenir les femmes pour qu'elles deviennent des leaders au sein du CUSM. Les cadres devraient ressembler à la première ligne : majoritairement des femmes. »* (Identité du participant rendue anonyme)
- *« Augmenter le nombre de personnes en position de pouvoir (médecins chefs, directeurs de département) issues des minorités visibles. »* (Identité du participant rendue anonyme).
- *« Intégrer les considérations de l'ÉDI dans toutes les activités de gouvernance, par exemple, dans la composition du conseil, la composition des comités, la composition des groupes de travail, etc. Cela ne veut pas dire que*

toutes les initiatives doivent inclure tout le monde, mais plutôt qu'on devrait réfléchir à la diversité qui est nécessaire à la réalisation de certains mandats ou pour desservir la population, tout en respectant les compétences requises. » (Identité du participant rendue anonyme).

- Avoir « une représentation culturelle dans nos pratiques d'embauche, c'est-à-dire embaucher davantage de personnes ayant des profils socioculturels [...] diversifiés dans plus de postes de direction/de gestion et non uniquement dans les postes du bas de l'échelon. Aussi, recruter des personnes ayant des problèmes de mobilité et d'accessibilité et leur donner un rôle de direction/de gestion. Cette pratique de recrutement culturellement inclusif fera en sorte que la diversité de nos employés reflète la diversité des patients que nous desservons. » (Identité du participant rendue anonyme).
- « Plus de diversité dans les rôles de direction afin qu'ils soient représentatifs des employés de niveau inférieur. Il peut être intimidant de rapporter un incident raciste à une personne [...] blanche car celle-ci n'aura peut-être pas une vision claire de la question. » (Identité du participant rendue anonyme)
- « Nous devons aussi faire plus d'efforts pour embaucher davantage de gens issus des groupes visés par l'ÉDI dans les postes de direction. Les partis pris sont si inhérents que même les personnes ayant de bonnes intentions ne se rendent pas compte de leurs préjugés. Ce serait mieux d'avoir des gens de ces groupes à la table. » (Identité du participant rendue anonyme).
- « Nous devons embaucher plus de gens et accueillir la diversité. Nous devons être fiers de notre diversité et du fait que nous sommes une communauté diversifiée. Nous devons montrer aux autres que la diversité peut améliorer notre organisation et notre mission. » (Identité du participant rendue anonyme)
- « Faire en sorte que les employés et les chercheurs de l'IR représentent véritablement la diversité de la population canadienne. Autrement dit, embaucher plus de gens qui ne sont pas de race blanche (p. ex. : plus de gens des Premières Nations, plus d'Asiatiques, etc. » (Identité des participants rendue anonyme).

Enfin et surtout, un participant souhaitait que les gestionnaires et l'équipe de direction du CUSM réfléchissent à ce qui suit : « Si vos comités ont des partis pris et des préjugés, comment représentent-ils les droits des patients et, en outre, comment ces comportements discriminatoires sont-ils gérés et comment cela affecte-t-il d'autres aspects de votre culture d'entreprise et l'ambition qu'ont les prestataires de soins de santé de servir les patients? » (Identité du participant rendue anonyme).

4. Ressources humaines

Les Ressources humaines (RH) sont un thème dominant chez les participants. Par exemple, à la question 19, qui demandait aux participants de partager des idées et solutions pour divers secteurs, dont Soins aux patients, Enseignement et formation, Ressources humaines et d'autres catégories, les RH étaient la principale source de préoccupation. Parmi les répondants au sondage du CUSM qui ont ajouté un commentaire à la question 19, 42,2 % ont mentionné les RH. Parmi les répondants au sondage de l'IR-CUSM, ce pourcentage était de 49,0 %. Dans le cas de l'évaluation qualitative, 47 % des participants ont mentionné des enjeux, des préoccupations et des idées touchant les RH. Les sujets les plus cités dans les entretiens et les groupes de discussion étaient la diversité du personnel (63,4 %), la résolution de conflits (9,8 %) et le manque de personnel (7,3 %). Le manque de diversité de la direction et de la gestion et le manque de diversité du personnel étaient les principaux enjeux RH abordés dans les deux types d'évaluation. Pour obtenir des détails sur ces deux thèmes, veuillez consulter la section intitulée *Au sujet de la diversité des employés, du personnel d'encadrement et de la direction*.

- **Pratiques d'embauche et possibilités de promotion actuelles**

Les participants ont formulé des préoccupations quant aux pratiques d'embauche actuelles au CUSM. Ils ont décrit le processus d'embauche comme étant biaisé et favorisant des groupes précis plutôt que des candidats qualifiés. Par exemple, un participant (dont l'identité a été rendue anonyme) a mentionné :

« Un meilleur processus d'embauche. On dirait que tous les nouveaux [employés] sont surtout des Québécois francophones. Cela me fait réfléchir à la justesse réelle du processus d'embauche. Est-il vraiment réaliste de penser que toutes les personnes qualifiées qui obtiennent des postes au CUSM sont uniquement des Québécois francophones? Qu'aucune autre personne qu'un Québécois francophone n'est qualifié? J'ai connu beaucoup de gens qui ont postulé à des emplois au CUSM qui étaient plus que qualifiés, mais parce que leur nom de famille n'était pas typiquement québécois francophone, ils ont réussi de justesse à obtenir une deuxième entrevue, et à peine une première entrevue. Je fais partie d'une minorité ethnique et j'ai remarqué que de nombreux nouveaux employés québécois francophones ne parlent pas un mot d'anglais (et nous sommes un établissement anglophone!). Comment cela est-il équitable alors que lorsqu'on m'a embauché, j'ai dû me soumettre à un processus d'entrevue rigoureux en français et en anglais? Ce sont des pratiques d'embauche très injustes et discriminatoires. »

Une des pratiques les plus citées est le tri des candidatures selon les noms (de famille). Comme dans la citation ci-dessus, de nombreux participants ont mentionné la pratique biaisée et préférentielle du classement des demandes par noms typiquement québécois francophones, et l'absence des RH dans le processus d'entrevue.

« S'assurer que les candidats sont évalués par les [RH] et le département, sans référence à la provenance ou à la sonorité du nom. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Aussi, lors des entrevues pour des postes de cadres, les Ressources humaines doivent montrer une présence non seulement physique, mais aussi assurer une surveillance réelle de [ce] qui se passe et que les règles ont bien été respectées dans tout processus de sélection du candidat, afin d'éviter que des préjudices soient subis par des candidats susceptibles [d'être victimes]. » (Identité du participant rendue anonyme).

Or, les participants étant non seulement préoccupés par les pratiques d'embauche mais aussi par le processus de promotion. Ils ont signalé qu'il y avait beaucoup d'embûches et de difficultés dans l'obtention de promotions. Certains ont dit avoir été ignorés et jamais promus. Par exemple, un participant (dont l'identité est rendue anonyme) a dit « je n'ai jamais été promu malgré mon diplôme universitaire. » Un autre a affirmé avoir occupé un poste de façon intérimaire mais ne pas avoir été admissible lorsque le poste est devenu vacant de façon permanente.

« Plus précisément, si on évalue les tendances de rétention au CUSM... j'ai été victime de cela et je sais que des pairs qui (sic) ont été des personnes de premier plan dans [des cas où], ils assurent un remplacement pour un poste et lorsque le poste devient vacant de façon permanente, ils ne sont pas jugés admissibles en raison de détails dans leur scolarité. Cependant, il n'y a aucune reconnaissance ni aucun respect pour le travail accompli, ou d'ouverture à reconsidérer les exigences du poste. Je crois que le CUSM doit songer à miser sur le respect des personnes pour le travail accompli et leur engagement, au lieu de simplement donner des promotions à des personnes sans reconnaissance là où ça compte le plus. La discrimination fondée sur la scolarité est un défi permanent qui n'est pas [reconnu] par les RH ou la communauté de gestionnaires intéressés qui n'ont pas de respect pour l'éthique de telles décisions. » (Identité du participant rendue anonyme).

Un autre participant a choisi de partager l'expérience suivante :

« Il faut être vu et entendu. Il y a quelques années, j'ai postulé à un poste de superviseur dans un département où j'avais travaillé pendant 12 ans. J'effectuais bien mon travail. J'ai aussi remporté un prix de soins infirmiers. Mais on ne m'a même pas appelé pour l'entrevue. Triste. Le département au complet est maintenant en ruine et 99 % du personnel a quitté. » (Identité du participant rendue anonyme)

Les enjeux soulevés par rapport aux processus d'embauche et de promotion étaient surtout associés à ces énoncés tels que *« quand on voit les décisions d'embauche et de promotion, ce sont toujours les mêmes types de personnes qui sont considérées. »* (Identité du participant rendue anonyme) Ainsi, afin de s'assurer que les processus d'embauche et de promotion soient équitables, les participants ont suggéré de revoir les processus, pratiques et politiques actuels et d'adopter une (nouvelle) politique qui s'applique à tous. Ils ont souligné qu'un processus RH plus transparent était nécessaire afin de pallier le manque de diversité du personnel et de la direction, et les pratiques biaisées d'embauche et de promotion en place au CUSM/à l'IR-CUSM (*« une transparence dans le processus de recrutement »*). (Identité du participant rendue anonyme) L'intégration de l'ÉDI dans les processus d'embauche, d'orientation et de promotion est une proposition que les participants ont soulevée dans les deux évaluations.

Un participant (dont l'identité a été rendue anonyme) a suggéré ceci au sujet du parti pris quant au nom (de famille) soulevé précédemment : *« Les CV envoyés aux responsables du recrutement ne devraient pas dévoiler le nom des candidats – les études démontrent que cela élimine les préjugés »* tandis qu'un autre a suggéré de donner de la rétroaction et de faire un suivi auprès d'une personne qui n'obtient pas une promotion : *« Favoriser (ou même obliger?) le feedback lorsqu'une personne n'obtient pas une promotion »*. Or, un autre participant a recommandé de revoir les données organisationnelles :

« Analyser différentes données dans l'organisation en termes de promotion (genre, minorité ethnique), de recrutement et d'autres décisions d'emploi en fonction de divers éléments de la diversité pour avoir une vue d'ensemble de l'organisation et des pistes d'amélioration. » (Identité du participant rendue anonyme).

Un autre participant a suggéré de disposer d'une échelle salariale fixe avant de procéder aux entrevues de candidats : *« Les opportunités quant aux postes et aux salaires seraient égalisées. Le salaire pourrait être fixé avant que les employeurs rencontrent le candidat »*. (Identité du participant rendue anonyme). Un autre est allé un peu plus loin et a suggéré l'établissement actif et continu de relations avec des élèves de niveau secondaire et universitaire de diverses communautés :

« Je soupçonne que cela est déjà en place, mais s'assurer, dans nos pratiques d'embauche, que les employés du CUSM soient aussi diversifiés que les populations que nous desservons. Le manque de diversité dans les professions de soins de santé débute bien avant l'embauche au CUSM. Le CUSM devrait tisser des liens avec les élèves de diverses communautés dans les écoles secondaires, les cégeps, et les universités afin de susciter l'intérêt pour les professions du secteur de la santé et recruter de futurs employés. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **Salaires, inégalités et disparités salariales**

Parmi les autres sujets liés aux ressources humaines on trouve les salaires ainsi que les inégalités et disparités salariales au CUSM/à l'IR-CUSM. La principale préoccupation soulevée touchait les inégalités salariales et l'appel à la lutte contre les disparités salariales entre les employés masculins et féminins. Les participants demandent *« l'égalité entre les employés féminins/masculins (salaire) »*, *« une meilleure rémunération pour les professions à prédominance féminine »* et une parité salariale avec le privé

(« *équité salariale comme au privé* »). Une employée a exprimé ses préoccupations et expliqué sa situation comme suit :

« Les directeurs et les dirigeants devraient régulièrement examiner leur département et leurs programmes afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'écarts de salaire ou d'autres pratiques déloyales. Par exemple, mon salaire est inférieur à celui d'un homme qui a été embauché récemment (dont le poste consiste à me prêter assistance et figure sous le mien dans l'organigramme). Il a aussi un bureau attiré. J'attends d'avoir un bureau à moi depuis près de trois ans et je n'ai toujours pas de poste téléphonique. Comment cela est-il possible? Le directeur du programme n'est probablement pas au courant de tout cela en raison de la répartition des responsabilités en matière d'espace de travail/de salaire, mais ultimement, il devrait s'impliquer pour empêcher que cela ne se produise. » (Identité du participant rendue anonyme)

En plus de l'inégalité salariale entre les employés féminins et masculins, les participants des deux types d'évaluation ont soulevé l'enjeu de la rémunération selon les qualifications, l'expérience et l'expertise, dont voici un exemple :

« Je m'attends à ce que les tâches soient diversifiées et payées en fonction de leurs difficultés. Ça serait tellement intéressant d'être récompensé en fonction de l'expertise offerte et non pas automatiquement selon les années passées au CUSM. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Appliquer l'équité salariale : prendre en considération mon expertise, mes diplômes et me rémunérer à ma juste valeur. J'ai dû me battre pour avoir une augmentation de salaire qui était très inférieure pour un poste de gestionnaire ayant une maîtrise et 19 ans d'expérience dans la recherche. » (Identité du participant rendue anonyme)

L'équité salariale, particulièrement dans le cas d'employés du CUSM/de l'IR-CUSM scolarisés à l'étranger, a aussi été mentionnée dans les deux évaluations. La discussion entourant les disparités salariales, la non-reconnaissance de la scolarité et de l'expérience a été détaillée à travers le prisme des nouveaux arrivants au Québec. Le recrutement d'une main-d'œuvre qualifiée et très instruite en provenance de l'étranger a été la principale stratégie de croissance démographique et économique du Canada au cours de la dernière décennie. Par exemple, en 2016, 49,9 % des immigrants récents détenaient au moins un baccalauréat (Hou et al., 2019, p. 12). Le CUSM et l'IR-CUSM accueillent notamment des employés diplômés d'universités de l'extérieur du Canada et/ou qui apportent une formidable expérience professionnelle internationale. Toutefois, les participants ont exprimé leur déception quand, après leur embauche au CUSM/à l'IR-CUSM, ils se sont fait dire que leur expérience professionnelle internationale ne comptait pas et n'était pas prise en compte dans leur rémunération.

Un participant a exprimé une déception personnelle comme suit : *« Travailler pendant 10 ans comme ingénieur dans un autre pays, ou comme médecin ou chirurgien [...], arriver ici et obtenir un poste de débutant sans expérience n'est [...] pas du tout inclusif. [...] Ça ne fait pas compte de la diversité et ça va à l'encontre de tous les moyens d'inclusion. »* (Identité du participant rendue anonyme)

D'autres participants ont signalé cet enjeu comme suit :

« Ressources humaines : Reconnaître l'expérience de travail passée et les diplômes reçus à l'extérieur du pays au moment de l'embauche et du salaire. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Ne traitez pas les professionnels ayant une expérience antérieure dans un autre pays (qui ont validé leurs diplômes au Canada) comme des professionnels de premier échelon. C'est extrêmement frustrant. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Mon expérience antérieure dans le domaine (plus de 11 ans dans un autre pays) doit être reconnue par les RH. » (Identité du participant rendue anonyme)

5. Leadership et personnel d'encadrement

Les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative ont fait part de leurs préoccupations et exprimé leurs idées sur le personnel d'encadrement et le leadership. Le sondage couvrait ces deux aspects aux questions 15, 19, 21 et 22. Par exemple, à la question 19, 15,3 % des répondants ont laissé un commentaire portant sur le personnel d'encadrement et le leadership. Dans le cas des groupes de discussion, 52,9 % des participants à l'étude qualitative ont cité des problèmes avec des superviseurs et des gestionnaires (53,4 % des segments codés), une attribution inéquitable des tâches (13,3 %), des problèmes de résolution de conflits (13,3 %), le besoin de (plus) de formation, particulièrement sur l'ÉDI pour le personnel d'encadrement et le leadership (6,7 %), l'attribution des quarts de travail (6,7 %) et les malentendus (6,7 %).

Les participants ont décrit des situations et des incidents discriminatoires impliquant des superviseurs/gestionnaires. Ils ont dit avoir été traités de manière irrespectueuse, agressés verbalement, harcelés et humiliés par des superviseurs et des cadres supérieurs du CUSM. Des attaques verbales contre les membres du personnel en raison de leur origine ethnique différente ont été décrites dans les deux évaluations. Par exemple, une minorité visible a décrit l'expérience suivante :

« J'ai été personnellement [attaqué] par un supérieur hiérarchique en raison de mon origine ethnique et en dépit d'avoir [soulevé] la question aux échelons supérieurs, il n'y a pas eu de conséquences et le gestionnaire a reçu l'ordre de 'taire la situation'. À ce jour, j'ai toujours le sentiment d'avoir été harcelé et agressé et qu'aucune justice n'a été rendue. » (Identité du participant rendue anonyme)

Une autre personne a mentionné que les tâches n'étaient pas attribuées équitablement et que certaines personnes se voyaient attribuer des tâches humiliantes, comme suit :

« Certaines [tâ]ches sont réservées [à] certaines personnes dont je fais partie, beaucoup de pression et de paroles humiliantes, des cris (...) Ne pas se sentir étiqueté. Tout ce qu'on fait sembl[e] être perçu négativement malgré tout. Être traité avec respect lorsqu'on a une remarque [à] te faire au lieu de le crier devant tout le monde. Tout ce que tu fais est dramatisé. Des critiques dans ton dos avec les collègues, l'isolement ou encore te faire faire des tâches humiliantes. » (Identité du participant rendue anonyme)

Bien que l'exemple de l'attribution de tâches humiliantes pouvant être associé à des pratiques discriminatoires et racistes et provoquant chez la personne un sentiment d'être étiqueté ne puisse être détaillé ici car il révélerait le département où le participant travaille, ce dernier avait tout de même le commentaire ci-dessous à ajouter :

« Je ne sais pas mais j'aime beaucoup le CUSM et je veux juste me sentir [à] ma place. Chaque jour je sens que je ne ferai jamais assez (malgré mes efforts) devant certaines personnes et cela me fait beaucoup de peine. »

L'exemple ci-dessus n'est pas unique. D'autres participants ont signalé des comportements discriminatoires comparables de la part de gestionnaires. Un participant, par exemple, a fait part de préoccupations en ce qui a trait à la répartition des tâches. La personne a dit que « les gestionnaires doivent être justes et distribuer le travail

équitablement et non pousser les employés au point de détester leur emploi ». Or, un autre participant d'une minorité visible a simplement demandé *« d'être traité équitablement par mes pairs, dans l'attribution des tâches. »* (Identité du participant rendue anonyme)

Un élément commun parmi tous les témoignages partagés à propos de comportements discriminatoires ou même racistes de la part de cadres du CUSM est le manque de respect. La plupart des participants des deux évaluations ont affirmé qu'ils souhaitaient simplement être respectés et appréciés de leurs collègues, du personnel d'encadrement et du leadership. Un participant a décrit un incident où on lui a demandé de former un nouvel employé. Or, il a dit qu'il n'était pas à l'aise d'offrir la formation, précisant que cela dépassait son cadre de travail. Le participant a partagé sa préoccupation au superviseur *« et le superviseur m'a dit que si je ne donnais pas cette formation, il me congédierait. Mais je n'avais pas le sentiment que je pouvais la donner. Comme j'ai dit, [...] respectez-nous. Il y a des gestes simples que vous pouvez poser. »* (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a décrit un scénario où il avait essayé de sensibiliser et d'encourager les membres d'un comité à examiner un sujet de discussion sous un autre angle. Or, les cadres supérieurs du comité n'ont pas aimé la remarque et le participant a senti qu'il n'avait pas été respecté par la haute direction du CUSM, comme suit :

« Et le respect... on n'est pas toujours respecté. Il n'y a pas de respect. Est-ce à cause de votre handicap? À cause de la couleur de votre peau? Quelle est la cause? Et si vous n'êtes pas d'accord avec eux, ça pose problème. Pourquoi? Je ne suis pas d'accord avec ce que vous venez de dire. Je suis en désaccord et j'ai le droit. Mais ils ont l'impression que vous devez être d'accord avec eux. Vous n'avez pas le droit de penser par vous-même. Vous devez suivre la parade. Et si vous ne suivez pas, on vous manque de respect. Si vous vous exprimez, on vous [manque de respect], c'est encore pire. » (Identité du participant rendue anonyme)

Se faire respecter comme personne est un des thèmes principaux qu'ont soulevé 82,4 % des participants à l'évaluation qualitative et 12,8 % des participants au sondage à la question 21. Les participants veulent que le leadership et le personnel d'encadrement créent un environnement de travail qui encourage les employés à respecter les différences culturelles entre eux. Aucun groupe ne veut être traité différemment. On souhaite qu'il règne une courtoisie, une politesse et un respect à tous les niveaux de l'institution et que tous les employés et tous les travailleurs soient appréciés et respectés.

Les participants ont également signalé que la hiérarchie actuelle et la dynamique du pouvoir au CUSM et à l'IR-CUSM empêchent toute discussion constructive et sûre sur les préjugés et la discrimination. Par exemple, les participants ont exprimé le besoin que tous les gestionnaires soient accessibles et disponibles. De plus, 38,5 % des participants au sondage du CUSM ont rapporté avoir confiance que le leadership du CUSM et/ou de l'IR-CUSM puisse créer un milieu de travail inclusif. Lorsqu'on a demandé aux participants au sondage s'ils étaient à l'aise de soulever toute forme de préjugé ou de discrimination avec les cadres supérieurs, la direction du département, leur supérieur immédiat, les gestionnaires ou les cliniciens, un tiers d'entre eux ont indiqué ne pas être certains ou ne pas se sentir en sécurité de soulever des sujets liés aux préjugés et/ou à la discrimination. Un participant a décrit le sentiment de se sentir activement exclu de la communication avec les cadres supérieurs/l'administration comme suit :

« L'approche descendante crée de multiples échappatoires, du tribalisme, des difficultés à aborder les situations difficiles en temps opportun et perpétue les préjugés et les disparités. Il n'est pas possible de remédier au manque d'intégration si l'on est déjà exclu ou empêché de communiquer ouvertement avec le niveau supérieur de gestion ou d'administration. » (Identité du participant rendue anonyme)

Il est essentiel de s'attaquer à la méfiance à l'égard du personnel d'encadrement et du leadership ainsi qu'à la hiérarchie et à la dynamique du pouvoir au CUSM pour disposer d'un espace de discussion sûr. Un participant a demandé aux gestionnaires et aux cadres du CUSM *« d'agir sur la culture organisationnelle pour rendre plus sûres les discussions sur les préjugés. Il sera également essentiel de s'attaquer aux dynamiques de pouvoir dues aux*

hiérarchies. *Il sera difficile d'agir sur une source de dynamique de pouvoir sans s'attaquer aux autres.* » (Identité du participant rendue anonyme) Un autre participant a eu la suggestion suivante en ce qui concerne les actions racistes et discriminatoires des gestionnaires : *« gestion proactive des gestionnaires lorsque des paroles ou gestes se produisent pour démontrer ce qui n'est pas acceptable afin de permettre un changement de culture.* » (Identité du participant rendue anonyme).

Le manque de diversité parmi les cadres et les gestionnaires a également dominé le discours sous le thème *Leadership et personnel d'encadrement* dans les deux évaluations. Vous en trouverez les détails à la section intitulée *Au sujet de la diversité des employés, du personnel d'encadrement et de la direction.*

Les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative ont exprimé leurs préoccupations et leurs idées touchant le personnel d'encadrement et le leadership, en partageant des situations et incidents de discrimination impliquant des superviseurs/gestionnaires. Certains ont décrit avoir été traités de manière irrespectueuse, agressés verbalement, harcelés et humiliés par des superviseurs et des cadres supérieurs de l'institution. Des attaques verbales contre des membres du personnel en raison de leur origine ethnique différente ont été décrites dans les deux évaluations. Les participants ont également indiqué que la hiérarchie actuelle et la dynamique du pouvoir au CUSM et à l'IR-CUSM empêchaient toute discussion constructive et sûre sur les préjugés et la discrimination.

6. Les patients et la qualité des soins

Un autre thème qui ressort des deux groupes d'évaluation est les patients et la qualité des soins que reçoivent les patients dans les divers établissements du CUSM. Parmi les réponses à la question 19, la question des soins aux patients figurait au troisième rang. Parmi les répondants au sondage du CUSM ayant laissé un commentaire à la question 19, 26,0 % ont mentionné les soins aux patients. Du côté de l'IR-CUSM, seuls 8,3 % des répondants ont laissé des commentaires portant sur les services et les soins aux patients. Dans l'évaluation qualitative, 29,4 % des participants ont abordé le thème de la qualité des soins que les patients reçoivent au CUSM et 55,9 % ont parlé des patients en général.

Les cinq premières préoccupations et suggestions touchent (1) L'éducation et l'accès aux ressources appropriées, (2) la langue utilisée auprès des patients, leur traitement et la communication avec eux, (3) l'accès aux services et la continuité des soins, (4) l'accès aux services d'interprétation et de traduction, (5) les populations de patients minoritaires (p. ex. : les patients de genre divers, etc.).

Premièrement, l'éducation et l'accès aux ressources appropriées ont souvent été abordés en lien avec les patients et la qualité des soins que les patients reçoivent au CUSM. Les participants étaient préoccupés quant à la façon dont le personnel de la santé interagit avec les patients de façon générale, mais aussi avec certains groupes précis de patients. Par exemple, un participant a exprimé la nécessité de respecter chaque personne et avait les suggestions suivantes pour la formation : *« Le personnel devrait recevoir de la formation sur le terrain sur la façon de se traiter les uns les autres et de traiter les patients avec le respect approprié afin que les personnes noires, autochtones et de couleur ainsi que les membres de la communauté LGBTQ+ se sentent en sécurité de travailler et de recevoir des soins au CUSM.* » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a expliqué la nécessité, pour le personnel, d'être à l'écoute des préoccupations des patients et a suggéré de former tous les employés sur la façon d'interagir adéquatement avec tous les groupes de patients. *« Soins aux patients : former le personnel à écouter les patients. Pour les rejoindre dans leurs préoccupations.* » (Identité du participant rendue anonyme)

De plus, d'autres participants ont abordé le besoin, pour tout le personnel de la santé du CUSM, de bien comprendre leurs populations de patients (leurs besoins, leurs croyances culturelles, religieuses et spirituelles), ainsi que les obstacles auxquels ceux-ci font face quand ils veulent se faire soigner. Un participant a noté :

« La formation sur la diversité et les compétences anti-oppression devrait être obligatoire, à tout le moins pour le personnel clinique et travaillant avec les patients. Il est inacceptable que de nombreux cliniciens et étudiants ignorent la compréhension qu'ont les Premières Nations du bien-être, les besoins particuliers des patients non binaires et trans (à l'exclusion des soins liés au genre) ou les réalités des personnes qui ne sont ni des hommes, ni de race blanche et ce, qu'il s'agisse de patients ou de professionnels du système de santé. » (Identité du participant rendue anonyme)

Les participants ont également demandé d'avoir accès à de l'éducation et à des ressources pour les patients de diverses ethnies. Par exemple, un participant a expliqué que la majorité des études de cas présentées dans les manuels ou les descriptions de cas sont habituellement des patients blancs hétérosexuels lorsque l'on traite de maladies de la peau. Or, les maladies de peau ne touchent pas uniquement les Blancs. Un participant a demandé de la formation et des ressources comme suit : « Des ressources appropriées pour traiter des conditions chez les différentes ethnies. (Exemple, des documents sur les conditions de la peau chez les personnes de couleur). » (Identité du patient rendue anonyme) Un autre participant a exprimé des préoccupations quant à la façon dont le matériel de formation est présenté et perpétue certains stéréotypes. Alors qu'en 2019, 39,7 % des nouvelles infections au VIH touchaient les personnes homosexuelles et bisexuelles ou d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, suivi de 28,3 % des cas « attribuables au contact hétérosexuel », et 21,5 % des nouveaux cas « chez les consommateurs de drogues injectables » (Haddad et al., 2021, p. 77), le participant a affirmé :

« (...) Dans la vignette, c'est toujours un gai qui a le VIH. Ce n'est jamais uni qui a le rhume. Et donc, ensuite [...], vous avez des professionnels de la santé formés qui associent le fait d'être gai et le VIH et c'est faux. Pas vrai ? [...] Et donc, [...] comment s'assurer que lorsque nous donnons de la formation ou que nous faisons toute autre initiative, nous ne perpétuons pas davantage les stéréotypes ? » (Identité du participant rendue anonyme)

Ainsi, pour les participants, il ne s'agit pas simplement d'éducation et d'accès aux ressources, mais de l'approvisionnement en matériel didactique approprié et représentatif de la population. De plus, les participants veulent comprendre de quelle façon l'ÉDI se traduit dans les soins aux patients. Par exemple, un participant a demandé : « Quelles sont les normes de soins en matière d'ÉDI, afin de s'assurer qu'ils soient inclusifs? » (Identité du participant rendue anonyme). De nombreuses suggestions au sujet des types et des formats de formation ont également été faites. Vous trouverez plus de détails sur l'éducation et les ressources à la section intitulée *Thème 7. Éducation, enseignement et formation*.

Deuxièmement, les participants ont fait part de préoccupations et ont donné des exemples de la façon dont le personnel de la santé traite les patients. Ils ont non seulement mentionné le traitement biaisé que certains accordaient aux patients en raison de leur origine ethnique visible, mais ont souligné leur style de communication inapproprié et désobligeant. Les stéréotypes peuvent affecter la façon dont les prestataires de soins de santé traitent un patient et peuvent non seulement entraîner des biais dans le plan de traitement, mais aussi être préjudiciables pour le patient.

Par exemple, un participant a mentionné le fait que comme un collègue ne se sentait pas à l'aise de soigner une minorité visible, il a fait l'examen très rapidement afin que la personne quitte le bureau, expliquant la situation comme suit :

« J'ai un exemple très concret d'un conflit que j'ai eu avec un collègue qui [...] avait examiné un patient [...] de la même race [xx] que moi et [le collègue] a fait des commentaires très désobligeants sur le patient. Comme l'odeur des vêtements [du patient] et la façon dont [le collègue] voulait que le patient se dépêche et sorte de son bureau, parce que l'odeur était envahissante pour [le collègue]. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un conflit a pris naissance après la situation décrite ci-dessus, ce qui illustre très bien la façon dont les patients de minorités visibles peuvent être traités par le personnel de la santé et comment cela peut affecter la qualité des soins

qu'ils reçoivent, de même que la relation entre professionnels. Les participants au sondage ont dit avoir vécu des incidents semblables d'usage d'un langage inapproprié auprès d'un patient ou d'avoir entendu des commentaires stéréotypés inappropriés et blessants comme suit :

« Blagues inappropriées faites par des médecins, des cliniciens et d'autres. S'ils parlent de cette façon, comment peuvent-ils comprendre leurs patients des minorités? » (Identité du participant rendue anonyme)

« Entendre des suppositions sur des patients et des familles de diverses origines lors de discussions de cas. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Entendre des leaders des soins cliniques faire des commentaires stéréotypés incorrects et inappropriés à propos des patients. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Entendre des employés faire des commentaires racistes à propos de patients. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a décrit les stéréotypes qu'une famille a vécus au CUSM comme suit :

« Un [type de spécialiste/médecin] a tenu des propos stéréotypés sur le plan racial et ethnique à l'effet que mon père était un patient à haut risque et qu'il devait mieux contrôler son alimentation car il avait conclu que les [nom de l'ethnie] du [pays] mangeaient trop d'aliments frits, trop de farine, d'huile et de sucre. Le médecin a rapidement supposé le pays d'origine de mon père en me regardant, car il n'est pas évident à première vue que mon père est d'origine [nom de l'ethnie], et nous a demandé de quelle origine était notre nom de famille. Ni l'origine de notre nom, ni mes caractéristiques physiques ou celles de mon père ne pouvaient révéler la diète faible en sel et faible en gras que mon père suit depuis plus de 30 ans. De plus, comme le médecin était trop entêté et raciste, il a supposé que les problèmes de santé de mon père étaient dus à son alimentation au lieu de lui demander comment [...] il s'alimentait. » (Identité du participant rendue anonyme)

Troisièmement, les participants étaient préoccupés par l'accès aux services et la continuité des soins au CUSM. Certains participants ont cité l'effet dommageable des stéréotypes et la façon dont les préjugés en découlant, qu'ils soient conscients ou inconscients, affectent les soins, et plus précisément, l'accès aux soins. Une autre personne a dit avoir des doutes quant à l'inclusivité du CUSM en ajoutant que les préjugés personnels d'une personne ont un impact sur les interactions avec les patients et les soins qui leur sont prodigués :

« Je pense [...] qu'ultimement, nous prenons soin des gens, comme les patients et leur famille, mais je ne pense pas du tout que nous soyons inclusifs. De plus, [...] je l'ai même fait moi-même, [...] j'ai supposé que si je soignais cette famille ce serait d'une certaine façon ou je rendrai la chose [de cette façon], ou parce qu'ils ont moins d'interaction et sont [moins] engagés, je n'offrirais peut-être pas les mêmes services parce qu'ils ne les ont pas demandés ou je ne poserais pas certaines questions. Donc, je pense [...] ultimement [...], pour les patients et les membres de leur famille, je pense qu'on doit en faire davantage [...]. Nous [...] prenons soin d'une société multiculturelle. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un participant a signalé l'enjeu à l'effet que le CUSM soit perçu comme une institution axée sur la recherche, alors qu'elle néglige les besoins des patients au niveau des soins primaires.

« On sait que le patient doit être notre raison d'être comme institution. Or, [...] lors de rencontres publiques du conseil d'administration, on se fait dire que [...] le CUSM est une institution axée sur la recherche et non sur les patients, ce qui est en partie vrai. Mais je pense que ces deux identités doivent être mises en perspective car le CUSM offre des soins de santé, non seulement au niveau tertiaire, mais beaucoup au niveau primaire aussi. Il couvre tout le spectre, qu'il le veuille ou non, et il doit accepter ce fait, qu'il doive offrir tous les niveaux de

soins et assurer la continuité des soins aux patients. Vous savez, il n'y a aucun patient au CUSM ou plutôt [...] je devrais dire qu'ils ont dit [...] qu'il y a très peu de patients au CUSM qui sont traités uniquement par une super spécialité. [...] La plupart des patients [...] n'ont pas de médecin de famille et cela [...] doit être [...] [reconnu] par l'institution [et] l'équité, la diversité et l'inclusion [...] jouent aussi un rôle dans tout cela. » (Identité du participant rendue anonyme)

La même personne a poursuivi en abordant la question de ne pas avoir accès à un médecin de famille et celle de la continuité des soins.

« La continuité des soins, je veux dire, le CUSM est une institution complexe et très souvent, je ne connais pas [...] les pourcentages. Mais vous savez, parfois une seule fois, c'est trop et comme les patients doivent voir plusieurs spécialistes [...] puis ils retournent à la maison [...] et malheureusement, la communication entre les spécialistes et la communauté pose un réel défi dans certains cas. [...] Plusieurs patients rentrent chez eux et [...] n'ont pas de médecin de famille. Ils deviennent donc leur propre gestionnaire de cas. [...] Alors, ils n'ont pas de soutien et doivent gérer eux-mêmes leurs médicaments. [...] Un spécialiste qui modifie la prescription de médicaments d'un autre et le patient est souvent confus dans tout cela. Et donc, [...] un des défis consiste à convaincre l'institution qu'elle doit fournir les ressources en matière de continuité de soins. » (Identité du participant rendue anonyme)

Quatrièmement, l'accès aux services d'interprétation et de traduction a été cité comme un obstacle à fournir la meilleure qualité de soins aux patients. Un taux de 11,8 % des participants à l'évaluation qualitative ont mentionné l'accès limité ou inexistant aux services de traduction et d'interprétation comme un obstacle. Un participant a affirmé qu'il « (...) avait des interactions avec des patients où il était difficile de trouver un interprète qui ne soit pas membre de la famille pour discuter de la condition médicale. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a relié la non-disponibilité des services de traduction et le fait de ne pas être équitable ou inclusif :

« Équité et inclusion : D'après mon expérience, la barrière de langue nuit à l'excellence dans la prestation des soins et on devrait faire davantage pour faciliter cela. D'abord, nous n'avons pas facilement accès à un service de traduction pour traduire les langues auxquelles nous faisons face fréquemment (p. ex. : le mandarin, le cantonais, le punjabi, l'arabe, l'espagnol, l'italien, le grec, etc.), et ce ne sont pas tous les employés ou les stagiaires en soins cliniques qui parlent français, ce qui, avec raison, est une attente de la part des patients francophones. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un participant (dont l'identité a été rendue anonyme) a suggéré d'embaucher plus de traducteurs au lieu des bénévoles. « Plutôt que d'avoir des bénévoles, créer davantage de postes permanents pour des interprètes afin d'offrir plus de services, plus efficacement, en termes de communications avec les patients et de gestion de leurs rendez-vous, de liaison avec la communauté, etc. »

Un autre participant a fait un commentaire sur le système actuel et le fait qu'il ne répond pas aux besoins des professionnels de la santé ni des patients. « Améliorer l'accès aux ressources de traduction. Le système actuel rend presque impossible l'obtention d'une infirmière diplômée praticienne traductrice* et essayer d'en réserver une d'avance exige un processus byzantin et lourd qui échoue le plus souvent. » (Identité du participant rendue anonyme)

*Une infirmière diplômée praticienne qui possède une deuxième langue et peut servir d'interprète.

Un autre participant a suggéré d'avoir un « service de traduction facilement accessible. Un hôpital pour lequel j'ai déjà travaillé aux États-Unis avait recours à un service téléphonique de traducteurs ayant de l'expertise dans la traduction médicale. » (Identité du participant rendue anonyme)

La notion de ressources facilement accessibles a également été exprimée dans l'exemple d'une banque de phrases fréquemment utilisées dans diverses langues représentatives de la population des patients du CUSM.

« En termes de soins aux patients, nous devrions avoir facilement accès à un document contenant des phrases ou des questions fréquentes dans diverses langues pour mieux desservir notre population de patients diversifiée. Avez-vous mal? Avez-vous besoin d'utiliser les toilettes? Pouvez-vous me montrer où vous avez un problème? (Questions fermées) » (Identité du participant rendue anonyme)

Cinquièmement, les participants ont abordé le traitement que le personnel de la santé réserve aux populations minoritaires. Par exemple, des participants font appel à la reconnaissance de la diversité de patients et de besoins. Il est essentiel que le CUSM reconnaisse que *« la population de patients reflète la société changeante et nous devrions pouvoir les soigner avec compassion et, surtout, avec respect. »* (Identité du participant rendue anonyme) Ainsi, il est inévitable de continuellement *« traiter chaque patient comme une personne et [par exemple] d'essayer d'observer le système de croyances de [la personne] et l'incorporer dans le processus de guérison. »* (Identité du participant rendue anonyme)

Les participants étaient également extrêmement préoccupés de la nécessité non reconnue pour le CUSM d'améliorer les soins et de mettre à jour la politique du CUSM afin de refléter la diversité des genres de la population de patients. Les participants ont souligné que le formulaire d'accueil ne permet que de sélectionner homme ou femme. L'établissement n'a fourni aucune orientation ou politique officielle sur la façon d'interagir avec les patients de genre différent. Les participants ont décrit cet enjeu de la façon suivante :

« D'importantes améliorations pourraient être apportées pour nos patients de genre différent. De nombreux membres du personnel ne semblent pas à l'aise de travailler avec cette population. J'ai vu des employés s'adresser à des patients trans avec le mauvais nom ou le mauvais pronom. J'ai vu des employés se moquer de l'apparence d'un patient, de son habillement ou de sa voix, etc., sans même avoir vu son visage. Cette situation doit être corrigée pour tous les employés du CUSM, y compris le personnel administratif et clinique. Une façon de s'assurer que les patients trans ou de genre différent soient interpellés correctement où qu'ils se trouvent dans l'hôpital serait de faciliter les changements aux marqueurs de nom ou de genre sur les cartes d'hôpital/OACIS. On pourrait aussi améliorer les formulaires d'accueil de toutes les cliniques afin que les patients puissent fournir leur nom et pronom. Il faudrait offrir plus de choix que 'homme/femme' sur les formulaires (...). Plus précisément, j'aimerais que le CUSM ait une politique sur le traitement des personnes trans. À titre de membre de l'équipe clinique, j'aimerais qu'on soit explicite quant à la façon dont nous traitons les patients lorsque leur genre déclaré, leur présentation de genre ou leur nom est différent de ce qui apparaît dans la documentation. Par exemple, lorsqu'un patient se présente à mon département et que son nom et son genre au dossier sont différents de ceux auxquels il s'identifie, j'aimerais qu'il puisse y avoir consensus sur la façon de l'identifier. Et j'aimerais que nous ayons une politique qui porte sur la façon dont nous nous adressons ou dont nous identifions les patients qui n'ont pas encore fait de changement de nom légal. Je ne connais pas de façon de savoir s'ils utilisent un nom différent de leur nom légal ou s'ils s'identifient à un genre différent. » (Identité du participant rendue anonyme)

De plus, les participants ont signalé que l'information fournie aux patients de genre différent n'est pas appropriée car les dépliants supposent une hétéronormativité.

« Arrêter l'hétéronormativité (présumer que nos patients, clients et employé(e)s sont hétérosexuels). Ceci mène souvent à des notions erronées sur les relations et la sexualité. Les documents que nous remettons à nos patients assument qu'ils sont hétérosexuels et simplifient les choses au niveau binaire. Pas tous les hommes ont des pénis, pas toutes les femmes ont des vagins, pas toutes les personnes s'engagent dans des rapports sexuels pénis dans vagin. Il faut être plus inclusif dans nos termes, nos notions et descriptions. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Au final, le CUSM est un hôpital qui dessert la population du Grand Montréal. Ainsi, les soins aux patients sont essentiels. Personne ne demande à être malade. Les patients devraient être traités avec soin et respect. » (Identité du participant rendue anonyme). Pour fins de clarification, il est à noter que le secteur desservi par le CUSM comprend également deux autres grandes régions de la province, soit la Région 17 (Nunavik) et la Région 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James).

7. Éducation, enseignement et formation

Un autre thème qui est ressorti des deux groupes d'évaluation est l'éducation, l'enseignement et la formation. Par exemple, à la question 19 qui demandait aux participants d'énumérer des idées et des solutions sur divers sujets, l'éducation, l'enseignement et la formation a été le deuxième thème le plus cité après les ressources humaines. Un taux de 41,3 % des participants au sondage du CUSM et de 47,9 % des participants de l'IR-CUSM qui ont laissé un commentaire à la question 19 l'ont fait sur ce même thème. Dans le cas de l'évaluation qualitative, qui comprend les entretiens semi-structurés, les groupes de discussion et les réponses écrites, 41,2 % des participants ont partagé des idées, des enjeux et des préoccupations sur l'éducation, l'enseignement et la formation.

La première préoccupation des participants au sondage est l'accès à la formation pour les employés du CUSM de tous les niveaux. De façon générale, les répondants ont proposé de rendre la formation et l'éducation accessibles à tous les employés du CUSM (du concierge à la haute direction), avec des séances adaptées pour certaines personnes dont celles qui interagissent avec les patients. Ils ont également proposé que l'ÉDI fasse partie d'une formation obligatoire de plusieurs modules intégrée au processus d'intégration des nouveaux employés. L'accès au matériel d'enseignement destiné aux patients, à une éducation continue en matière d'ÉDI et à des formations connexes tout au long de l'année sont d'autres exemples qui démontreraient un investissement continu dans la communauté du CUSM. Les participants au sondage ont également noté que ce ne sont pas tous les employés qui ont accès à l'intranet. Par conséquent, pour être inclusif et s'assurer que tous les messages rejoignent tous les employés, patients, etc., la portée et l'efficacité des méthodes de diffusion de l'information actuelles devraient être examinées.

Les participants au sondage ont énuméré un éventail de types et de formats de formation. Les types de formation couvraient plusieurs activités et thèmes. Par exemple, les répondants au sondage du CUSM ont cité le besoin de formation sur l'antiracisme, la sécurité et la sensibilité culturelles, les préjugés conscients et inconscients, la résolution de conflits et la désescalade, des cours d'anglais et de français, des cours sur les habiletés de communication et des formations particulières pour la haute direction.

Ci-dessous sont énumérés les types de formation suggérés par les participants :

- Formation antiracisme : formation obligatoire sur l'antiracisme et la sécurité culturelle pour tous les employés du CUSM (cliniques et non cliniques)
- Racisme anti-noir
- Racisme anti-autochtone
- Préjugés et comment améliorer les soins aux patients
- Soins culturellement sûrs : plus de formation pour le personnel qui interagit avec des patients ou des membres de famille de diverses origines ethniques
- Formation sur la sécurité culturelle
- Formation sur la sensibilité culturelle
- Formation sur la résolution de conflits et les communications : Enseigner aux gens comment répondre activement aux déclarations racistes, sexistes ou LGBTQ-phobes
- Formation sur les préjugés conscients et inconscients : discussions interactives qui permettent de remettre en question son propre jugement et ses connaissances. (Pourquoi une personne juge-t-elle un groupe ethnique d'une

certaine façon? Ce qui semble évident pour certains ne l'est pas pour d'autres. Ce n'est pas parce qu'une personne a un accent qu'elle est moins compétente ou intelligente).

- Cours sur les habiletés de communication
- Formation sur la diversité
- Cours de langue anglaise et française pour tout le personnel
- Normes de genre et 2SLGBTQ+
- Impact de l'injustice et des systèmes sur l'information aux minorités
- Formation sur les microagressions
- Formation et ressources sur les relations et les partenariats
- Cours sur le savoir-être
- Discussions structurées : l'idée serait d'avoir des discussions structurées avec des animateurs formés afin de faire ressortir les suppositions et les incompréhensions qui se cachent dans nos vies
- Exercices de consolidation d'équipe
- Formation pour la haute direction : formation obligatoire sur l'ÉDI pour tous les gestionnaires et les directeurs

Un participant a mis l'accent sur ce qui suit :

« Le mandat principal est de former/coacher les cadres supérieurs sur la façon d'être des leaders inclusifs. Leur rendement devrait être évalué sur cette dimension également. Nous sommes en 2021 après tout! Les années 70 et 80 sont révolues depuis longtemps, comme le sont les pratiques de leadership restrictives et déshumanisantes d'une autre époque. Il est temps de moderniser et de rafraîchir nos pratiques de leadership afin de responsabiliser les employés, de reconnaître la valeur de leurs talents et de les soutenir dans leurs aspirations professionnelles. Il est temps de se reconnecter avec notre raison d'être et d'humaniser à nouveau le milieu de travail du CUSM (...). De plus, on doit enseigner concrètement aux médecins ce qui constitue un comportement inapproprié, du racisme systémique, des préjugés cognitifs nuisibles. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a proposé de voir ce que font d'autres pays et comment le CUSM pourrait apprendre de leurs approches :

« En tant que gestionnaire, je crois qu'il serait intéressant et constructif d'avoir des formations générales sur les habitudes et différences de la réalité [...] du travail dans les autres principaux pays où les travailleur[s] de minorités visibles que nous employons ont travaillé afin de nous aider à mieux comprendre l'adaptation et les mesures à mettre en place pour faciliter l'intégration. Ceci s'appliquerait aussi aux non-minorités visibles provenant de l'étranger. » (Identité du participant rendue anonyme)

En plus de la recommandation indiquée ci-haut, les répondants au sondage de l'IR-CUSM ont fait des propositions supplémentaires au sujet des besoins particuliers des chercheurs de l'Institut. Ils ont ajouté la formation anti-oppression, la formation sur les compétences, la formation sur l'ÉDI en contexte de demande de subvention, l'ÉDI et les participants à des recherches, l'ÉDI et le rôle de gestion/supervision (à titre de chercheur), et l'établissement d'un programme de mentorat. Par exemple, un répondant a fait la suggestion suivante :

« J'aimerais suggérer une formation obligatoire sur l'anti-oppression pour tous les cadres supérieurs et les chercheurs. Les chercheurs ignorent souvent complètement l'influence qu'ils ont sur les autres membres de la communauté, notamment leurs stagiaires et leurs employés! Et une telle prise de conscience peut être vraiment bénéfique car elle leur procure les outils nécessaires pour faire un auto-examen approfondi. » (Identité du participant rendue anonyme)

Tant dans le sondage du CUSM que celui de l'IR-CUSM, les participants ont cité la nécessité d'une stratégie institutionnelle, de sessions d'éducation et de formation obligatoires et continues sur les concepts de l'ÉDI et le besoin de reconnaître le dommage que provoque le déni du racisme institutionnel sur les groupes marginalisés :

« Dans ce genre de situation, je vais intervenir, mettre fin aux commentaires inappropriés ou incorrects, essayer de faire de l'éducation mais, peut-être que s'il y avait une stratégie organisationnelle dans toute l'institution, cela ferait une bien plus grande différence. Et une grande partie de cela vient du manque de connaissance ou d'expériences vécues. Plus il y a de représentation, de discussions régulières et de responsabilisation, plus ces situations risquent de s'améliorer. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Il devrait y avoir plus d'une conférence sur l'ÉDI pour les stagiaires et les employés. Le temps consacré à la formation sur l'ÉDI et son importance est insuffisant. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Session d'information / formation obligatoire pour encourager la prise de conscience, incluant exemples concrets à l'IR-CUSM. Tel que le démontre l'attitude officielle de notre gouvernement envers le racisme institutionnel, une des formes de discrimination les plus pernicieuses est celle où une personne croit honnêtement ne pas être raciste ou discriminatoire dans son comportement et n'est pas consciente d'un manque de sensibilité potentiel envers certains groupes. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Offrir de la formation sur la façon de réagir rapidement et de façon appropriée lorsque l'on est témoin d'incidents racistes ou que l'on entend des commentaires racistes dans le milieu de travail, y compris de la part des pairs, des visiteurs et des membres des familles. » (Identité du participant rendue anonyme)

Deuxièmement, les participants au sondage ont énuméré divers modes de formation. Ils ont suggéré les ateliers, les séminaires, les outils et modules en ligne, les séances en petits groupes et la formation de modèles de rôles. Par exemple, un participant a suggéré la formation de modèles de rôles en petits groupes afin de prévenir la négligence des patients et l'ignorance de leurs besoins. Un participant aux entretiens a aussi identifié les jeux de rôle, en ajoutant qu'il croyait que les exercices de sensibilisation, les jeux de rôle et l'exposition accrue aux personnes qui ne sont pas en situation de crise aigüe pouvait être facilitant. Un autre répondant a affirmé ce qui suit quant aux séances de formation en petits groupes avec des exemples fondés sur des scénarios de la vie réelle :

« La formation en petits groupes sur l'impact de la race et de la culture sur les relations avec les patients, les collègues, etc. dans le cadre des activités d'intégration des nouveaux employés. Une telle formation devrait être constituée de différents modules afin de couvrir les différents contextes dans lesquels la connaissance doit s'appliquer. La formation doit être pratique et fondée sur des scénarios plutôt que théorique. Elle doit faire la promotion du dialogue entre participants et inclure des conseils concrets pour une pratique inclusive et équitable. » (Identité du participant rendue anonyme)

Troisièmement, les participants au sondage et à l'évaluation qualitative ont exprimé leurs préoccupations quant à la nécessité d'avoir une formation détaillée et continue sur les peuples autochtones. Les participants ont demandé de la formation et du matériel didactique sur l'histoire des peuples autochtones, comme suit :

« En tant qu'immigrant, je ne connais pas l'histoire des populations autochtones ni les défis auxquels elles ont fait et font toujours face. Il pourrait être utile d'avoir des séminaires et des séances de formation pour sensibiliser les immigrants et d'autres membres du CUSM à la culture autochtone, afin d'améliorer les soins aux patients et l'inclusivité des patients et du personnel du CUSM. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a affirmé que tout cours sur la sensibilité culturelle et l'histoire des peuples autochtones devrait être donné par une personne autochtone. La personne a signifié que c'était un besoin urgent en laissant son commentaire en lettres majuscules :

« VEUILLEZ RENDRE UN COURS SUR LA SENSIBILITÉ CULTURELLE OBLIGATOIRE POUR TOUS LES EMPLOYÉS!! ET ASSUREZ-VOUS QU'UN TEL COURS EST DONNÉ PAR UNE PERSONNE AUTOCHTONE OU ISSUE D'UN GROUPE ETHNIQUE MINORITAIRE. » (Identité du participant rendue anonyme)

De plus, les participants des deux évaluations ont recommandé de fournir de l'éducation sur la compréhension globale qu'ont les Autochtones de la santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. Un participant a expliqué qu'il « est inacceptable que de nombreux cliniciens et stagiaires ne connaissent pas la compréhension qu'ont les Autochtones du bien-être. » (Identité du participant rendue anonyme) Un autre participant a ajouté que la formation et la compréhension du bien-être pour les Autochtones doit inclure de l'enseignement sur l'histoire des pensionnats pour Autochtones au Canada et de l'éducation sur les soins tenant compte des traumatismes.

« Définitivement, il est nécessaire que notre personnel soit formé en soins tenant compte des traumatismes. [...] c'est essentiel pour] comprendre les réalités des Autochtones. Ce qu'ils ont vécu. Les cicatrices qu'ont laissés les pensionnats pour Autochtones et la méfiance généralisée qu'ils ont envers le système de santé et l'obligation d'y avoir recours, de toute façon [...] de franchir nos portes alors que tant de traumatismes ont été [endurés] par eux et leurs ancêtres. C'est une chose qui est incomprise de façon générale. Alors, je pense que les soins tenant compte des traumatismes sont un secteur en émergence. Mais le simple fait de comprendre les différentes réactions que les gens peuvent avoir [...] qui sont parfois physiques et viscérales. Vous savez que cela peut avoir un impact réel sur la santé, leur santé. Alors, je crois que l'éducation du personnel peut avoir un effet vraiment puissant. Et ça va dans le sens de [...]. Vous ne savez jamais ce que vit la personne à l'autre bout du téléphone, n'est-ce pas? C'est simplement de l'empathie de base. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a même suggéré de quoi pourraient avoir l'air les modules d'apprentissage sur la santé des Autochtones et recommandait de revoir ce que les autres provinces font en la matière :

« Des modules d'apprentissage obligatoires sur la santé des Autochtones, y compris une section sur les ressources du système de santé québécois (p. ex. : Ullivik). De tels modules sont la norme dans les autres provinces. Divers conseils de santé en Colombie-Britannique ont des modules bien établis qui pourraient être consultés pour s'en inspirer. » (Identité du participant rendue anonyme)

La voix des peuples autochtones est absente de l'évaluation qualitative et il est essentiel d'inclure une représentation autochtone à toutes les étapes du développement de modules et de ressources éducatifs sur l'histoire des Autochtones et leur compréhension du bien-être, etc.

Quatrièmement, les participants au sondage et à l'évaluation qualitative ont partagé leurs préoccupations quant à la nécessité d'avoir une formation détaillée et continue sur les populations (de patients) de divers genres. Les participants ont demandé quels besoins particuliers les patients non binaires et trans avaient (en plus des soins liés au genre) afin de pouvoir leur offrir des soins sûrs. Il a été communiqué qu'en mars 2021, le CUSM n'avait offert aucune formation sur la façon de traiter des patients de divers genres. Un participant a affirmé : « Nous n'offrons actuellement pas de soins adaptés aux patients LGBTQ+; nous n'avons pas de formation sur la façon d'utiliser les bons pronoms, etc. » (Identité du participant rendue anonyme)

D'autres ont partagé les préoccupations suivantes quant au changement de sexe et/ou au passé sexuel des patients et le besoin urgent de former le personnel sur les populations de divers genres et les soins culturellement sûrs :

« Et même quand une personne a subi un changement de sexe, disons, si elle a subi tout le processus, je pense qu'on a tendance à croire qu'il est tabou d'en parler ou nous ne connaissons tout simplement pas cela. »

Que doit-on faire? À quoi devons-nous porter attention? Y a-t-il certaines choses qu'on devrait savoir ou évaluer? Je ne pense même pas que ce soit enseigné, et peut-être que ce n'est pas un problème propre au CUSM. Peut-être qu'il s'agit d'un problème plus large, mais c'est comme si on ne [...] ou quand on en parle en groupe, je ne sais pas trop, je sens que nous ne sommes pas aussi ouverts dans la discussion quand nous sommes devant quelque chose qui est hors norme. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Les professionnels de la santé devraient poser des questions et clarifier celles-ci. Ils devraient faire preuve de sensibilité culturelle de base afin de traiter les gens avec respect si le passé sexuel du patient ne fait pas partie des normes de la société. Les patients ne viennent pas ici pour se faire juger ou pour que l'attention du personnel soit détournée vers les mœurs du patient, ce qui n'a rien à voir avec sa visite à l'hôpital. Peut-être qu'un travailleur social devrait être attribué pour représenter les préoccupations de ce patient parce que certains membres du personnel pensent qu'un tel patient ne mérite pas de respect ou n'est pas crédible lorsqu'il décrit ses symptômes. Et le personnel devrait suivre une formation sur le respect pour tenir compte de toutes les sensibilités culturelles. » (Identité du participant rendue anonyme)

De façon générale, les participants ont fait part de la nécessité de créer, d'établir et de continuellement adapter les sessions de formation, le matériel et les ressources connexes afin d'offrir des soins culturellement sûrs et adéquats à tous les patients du CUSM. Un éducateur a relayé l'information suivante :

« À l'heure actuelle, je suis éducateur et j'aimerais bien avoir davantage de ressources pour enseigner la sensibilité culturelle et ce genre de choses aux infirmières. Je suis content qu'il y ait une formation en ligne maintenant sur les peuples autochtones, mais je pense qu'il faut en faire plus. Je crois qu'on peut faire mieux, mais je ne sais pas trop par où commencer, parce que je sais que nous devons inclure plusieurs voix afin de cerner leurs besoins. Je pense qu'on pourrait mieux faire pour l'inclusivité de genre, l'inclusivité des Autochtones, etc. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a suggéré de fournir des exemples réels où les employés traitent des patients avec préjugés et discrimination afin de démontrer de quelle façon le manque d'empathie de la part du personnel de la santé a un impact sur les soins que les patients reçoivent :

« Cela ne devrait tout simplement pas se produire et encore une fois, je pense que les gens, les employés, devraient recevoir une formation et des exemples de ces histoires vécues parce que je suis sûr qu'ils sont souvent sympathiques, mais n'y pensent tout simplement pas, et émettent un commentaire, en ignorant qu'ils manquent d'empathie. » (Identité du participant rendue anonyme)

En résumé, *« dans ma pratique médicale, la diversité est principalement axée sur la compréhension des origines sociales, culturelles et linguistiques de mes patients et l'effet de ces éléments sur leurs soins de santé. Si je ne les connais pas et que je ne les comprends pas, je dois chercher à en apprendre davantage à leur sujet. » (Identité du participant rendue anonyme).*

8. Stagiaires et étudiants

Les stagiaires et les étudiants ne font pas partie des répondants au sondage et sont sous-représentés dans l'évaluation qualitative. Il a été extrêmement difficile de gagner la confiance des stagiaires et des étudiants pour qu'ils acceptent de parler avec le C-AIDE de leurs expériences au CUSM et/ou à l'IR-CUSM car ils ont dit être inquiets des répercussions ou torts éventuels que cela pourrait avoir sur leur jeune carrière.

Un participant a souligné :

« Oui, je pense qu'il y a beaucoup de peur. Et c'est une chose qu'il vaut la peine de noter! [...] Le fait que vous dites que les stagiaires sont difficiles à rejoindre témoigne soit de leur manque de connexion à l'institution, ce qui est dommage car je pense que les stagiaires sont ceux qui voient le plus de patients [...] soit du manque de sécurité et d'inclusion qu'ils ressentent face à l'institution. Et si eux le sentent, les patients le sentent aussi. » (Identité du participant rendue anonyme)

Un autre participant a aussi mentionné que les étudiants « ont beaucoup de problèmes, des problèmes de confiance, parce qu'ils ne savent pas si cela reviendra hanter [leur] carrière. » (Identité du participant rendue anonyme). Les stagiaires/étudiants ont aussi exprimé ne pas se sentir inclus. Une personne a décrit le sentiment d'isolement au CUSM/à l'IR-CUSM comme suit :

« Mais comme toute chose nouvelle ou une ère technologique inconfortable [faite de] machines [...], tout est froid. Littéralement froid. C'est froid. C'est très froid et c'est bien triste et malheureux qu'un si bel édifice comme le nôtre dégage cela. Même parmi les professeurs, l'ambiance est froide. Et parmi les stagiaires, c'est encore pire. » (Identité du participant rendue anonyme)

De plus, pour l'IR-CUSM, on a suggéré d'établir un sous-groupe d'étudiants ou de désigner un représentant des étudiants au comité d'ÉDI. « Le comité d'ÉDI à l'IR-CUSM est très vaste et principalement composé d'employés. Ce serait bien d'avoir un sous-groupe d'étudiants au comité d'ÉDI pour les étudiants de l'IR-CUSM, pour les étudiants minoritaires et internationaux de l'IR-CUSM. » (Identité du participant rendue anonyme)

Il est fortement recommandé d'assurer un suivi auprès d'un échantillon représentatif de stagiaires/d'étudiants afin d'évaluer leurs besoins et le climat actuel dans lequel les stagiaires/étudiants évoluent au CUSM et à l'IR-CUSM. Le fait qu'ils décrivent leur environnement d'apprentissage comme étant extrêmement froid et isolé doit aussi être examiné dans le contexte où bon nombre d'entre eux sont des étudiants internationaux et dans le contexte de la pandémie actuelle et des niveaux d'isolement social qui y sont associés.

9. Opportunités en matière d'ÉDI

Les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative n'ont pas seulement partagé des expériences et observations personnelles, mais ont également fait part de suggestions sur la façon dont le CUSM pourrait être amélioré en ce qui a trait à l'équité, la diversité et l'inclusion. Les répondants au sondage préconisent des stratégies et des solutions à long terme ainsi qu'un changement de culture au CUSM/à l'IR-CUSM. Lorsqu'on leur a demandé de partager des idées et initiatives à court terme pour le CUSM, la majorité des participants au sondage qui ont fait des commentaires ont cité la culture organisationnelle actuelle. Leurs commentaires allaient de la représentation et l'exposition d'œuvres d'art et de portraits représentant la diversité de la population du Québec en passant par des préoccupations quant à la langue et le système archaïque avec préjugés implicites dans l'institution. Des suggestions et commentaires positifs ont également été formulés, comme la mise en œuvre d'une évaluation de la culture organisationnelle dans le but de mettre à jour les valeurs du CUSM.

D'autres ont suggéré des opportunités en matière d'ÉDI comme l'inclusion de l'ÉDI, de la formation anti-oppression et anti-ismes tels que le racisme anti-noir et le racisme anti-autochtone dans le plan stratégique du CUSM, la revue des statistiques sur les employés actuels et les nouvelles embauches, des sondages à l'échelle du CUSM et dans les départements, la représentation de la diversité du CUSM dans les publications et le matériel de communication, la mise en valeur des réussites et finalement, la mise en œuvre d'une évaluation globale de la structure organisationnelle, tels qu'exprimés par les participants suivants :

« Je ne pense pas qu'il y a beaucoup d'actions à court terme à prendre. Pour que le CUSM soit aussi inclusif que possible, des stratégies à long terme sont nécessaires, ce qui demande un changement de culture dans certains cas. » (Identité du participant rendue anonyme).

« (...) Du travail d'investigation est peut-être justifié. Par exemple, lorsqu'on se penche sur la personne qui a comblé un certain poste, pourquoi ne pas voir l'opportunité ('nombre de candidats, critères considérés, respect ou non des critères, etc.') plutôt que le résultat ('qui a obtenu le poste')? Interviewer les candidats et les gestionnaires et les rémunérer, au besoin. Déclarer qu'un résultat est inéquitable sans données d'investigation brosse un portrait incomplet qui peut mener, au mieux, à des solutions imparfaites et au pire, à des solutions inadéquates. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Accroître la diversité dans les publications d'information. Inclure des nouvelles et des histoires plus diversifiées provenant de partout au CUSM. On voit généralement les mêmes personnes dans les nouvelles du CUSM. Avec approximativement 12 000 employés, il doit sûrement avoir plus à dire que ce que partagent quelques chercheurs et médecins. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Pour faire la promotion de ces valeurs, elles doivent devenir de vraies valeurs et non seulement des mots. Les comportements doivent être encouragés, modélisés et enseignés à tous les niveaux de l'institution. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Que le CUSM s'engage dans la reconnaissance de l'existence du racisme systémique ou du moins qu'il reconnaisse que cela peut se produire dans ses établissements, mais qu'il condamne cela et qu'il comprenne que cela puisse être extrêmement dangereux pour les patients. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Voir [au] sein de l'organisation les problématique[s] que les employés soulèvent, donner une voix aux personnes qui subissent en silence des injustices. [Pour] être honnête, le [CUSM] est l'employeur le plus [inclusif] que je connaisse. Mais la gestion basée sur la sanction et la culture de la peur sont en train de changer cela. On ne peut même plus s'exprimer car les échos se retrouvent dans les bureaux du gestionnaire et on finit d'une façon ou d'une autre avec une réprimande. » (Identité du participant rendue anonyme)

En plus des opportunités énumérées ci-dessus, les participants au sondage du CUSM et de l'IR-CUSM ont fourni une panoplie de suggestions d'événements et de programmes, dont un programme de mentorat et/ou de compagnonnage, la célébration de la diversité lors d'événements sociaux et informels, l'établissement d'activités annuelles portant sur l'ÉDI, des séances régulières de dîner et d'apprentissage (« lunch & learn ») sur l'ÉDI, un programme de mieux-être, la mise sur pied d'un espace sûr et sans jugement pour poser des questions et discuter, la mise en place de groupes et de clubs de soutien (p. ex. : club de lecture, club de musique), des activités culturelles spéciales pour apprendre à connaître un groupe ethnique précis, et l'exposition des arts de tous les groupes diversifiés du Canada/du Québec. En somme, les participants souhaitent célébrer la diversité que le CUSM et l'IR-CUSM ont à offrir.

- **Mise en place d'un système de signalement sûr par les participants**

Les répondants au sondage et les participants à l'évaluation qualitative ont non seulement cité des expériences et observations personnelles mais ont suggéré des manières dont le CUSM pourrait s'améliorer en matière d'ÉDI. Une des suggestions, soulevée par les répondants au sondage et les participants aux entretiens et groupes de discussion, est la mise en place d'un système de signalement sûr. La plupart des participants ont dit qu'ils ne savaient pas de quelle façon ou à quel endroit signaler de façon sûre des incidents de préjugés et de discrimination, sans craindre de possibles répercussions. Certains patients connaissaient l'existence du bureau de l'ombudsman. Toutefois, certains patients participants ont affirmé qu'ils avaient le sentiment que l'ombudsman soutenait le point de vue de l'institution et non celui des patients. Il n'y avait pas de distinction entre les minorités visibles et non visibles en ce qui a trait à l'expression de la nécessité d'avoir un système de signalement sûr pour les employés. Voici un échantillon de la myriade de commentaires qui ont été partagés :

« Développer des méthodes nous permettant de signaler nos préoccupations sans répercussions personnelles. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Il serait intéressant d'avoir une ressource dédiée à l'intégration en milieu de travail qui pourrait assurer le suivi de l'employé et faire en sorte que celui-ci ne subisse pas de représailles ou d'autres conséquences en lien avec la divulgation de ce genre d'information. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Des façons sûres de signaler des observations de discrimination faite par nos supérieurs; ceci s'est déjà produit à certaines occasions et je n'avais pas de façon sûre de partager l'information car j'aurais subi des conséquences personnelles si j'avais dénoncé la personne. » (Identité du participant rendue anonyme).

« Nous avons besoin d'un système de signalement avant que ce ne soit signalé aux RH. Le contentieux n'est pas toujours une option. Les récipiendaires doivent être protégés. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Une méthode d'escalade des problèmes liés à l'ÉDI qui n'exige pas qu'on communique avec le supérieur immédiat (peut-être un secteur distinct des RH?). » (Identité du participant rendu anonyme)

« Une meilleure politique de porte ouverte aux Ressources humaines nous permettant de déposer une plainte sans avoir peur de perdre notre emploi. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Mettre sur pied une ligne d'assistance ÉDI pour signaler des incidents. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Permettre aux employés de faire des signalements anonymes à un responsable ÉDI ou de rencontrer quelqu'un tout en demeurant anonyme. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Créer des façons de signaler nos préoccupations sans répercussions personnelles. [Un] [catégorie d'emploi au CUSM] a traité les Autochtones de 'bandes d'ivrognes' lors d'une réunion de travail et a dit que pour cette raison, notre département ne prodiguerait plus de soins à ce groupe. [La personne] était très vindicative alors je ne l'ai pas dénoncée car je ne pouvais pas le faire de façon sûre. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Insister pour que les superviseurs et gestionnaires prennent leurs responsabilités. En ce moment, ils ont trop de pouvoir sur le personnel de leur département. À titre d'employé, je sens que l'IR est trop éloigné pour me protéger et que le gestionnaire fait à sa tête. Nous n'avons pas de syndicat, alors où les employés de l'IR peuvent-ils aller lorsqu'ils sont traités de manière injuste? » (Identité du participant rendue anonyme)

« Prendre au sérieux les plaintes liées à la discrimination, au harcèlement et à toute autre forme d'abus de pouvoir. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Une oreille attentive, la reconnaissance des inquiétudes et l'inclusion, au besoin. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Un service d'écoute pour tous ceux qui ont besoin de soutien en matière d'ÉDI. » (Identité du participant rendue anonyme)

« De l'écoute pour ceux qui signalent un problème. » (Identité du participant rendue anonyme)

« J'aimerais que l'on puisse avoir une ligne téléphonique/une adresse courriel d'assistance avec un tableau de bord transparent en ligne qui indique les problèmes consignés. Pour les enjeux liés à l'équité, à la diversité

et à l'inclusion, mais aussi pour d'autres problèmes qui surviennent à l'hôpital. De façon rapide mais complète afin de s'assurer que les problèmes sont signalés. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Nous devrions avoir un système de signalement anonyme, permettant d'envoyer facilement et rapidement des rapports afin qu'ils soient analysés et rapportés dans un forum ouvert. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Aussi avoir accès à un genre de ligne téléphonique où on pourrait appeler et parler à quelqu'un pour obtenir des conseils s'il arrive quelque chose. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Peut-être une ligne ou une adresse courriel d'assistance où l'on peut signaler une situation de façon anonyme et afin qu'elle soit suivie. Un tableau de bord en ligne existe pour montrer aux gens qu'un signalement a été fait et dans quelle catégorie, ce qui assure la transparence. Grâce à cette transparence, les gens seront plus motivés à faire des signalements car ils verront qu'ils ont été entendus. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Les agents d'amélioration de la qualité, à titre de tiers neutres et de confiance auprès de CHAQUE clinique ou département pourraient se charger de la collecte de ces données ou servir de 'premiers répondants / agents de triage' pour diriger le personnel vers les ressources appropriées. » (Identité du participant rendue anonyme)

« 'Comment un tel système de signalement devrait-il fonctionner?' Voilà la grande question. Il faut qu'il y ait du personnel qui n'est pas embauché par l'hôpital pour que les gens aient confiance en eux. L'ombudsman est censé être neutre mais [...] je n'ai pas une grande estime pour le département de l'ombudsman. Ils sont là uniquement parce qu'ils doivent être là [...]. Mais ça prendrait des gens qui sont même à l'extérieur de l'hôpital pour que l'on puisse dire 'Bon, j'ai ce problème' et cette personne doit savoir qu'elle peut aller les voir et que c'est un espace sûr. Ça se résume à ça : un espace sûr. Et si la personne apprend que les tiers sont payés par l'hôpital, je pense que ça l'empêchera de se confier. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Offrir aux patients et aux familles un espace sûr où ils peuvent partager leurs expériences et intégrer de meilleurs mécanismes pour 1) résoudre ces situations et 2) s'attaquer aux problèmes sous-jacents (p. ex. : préjugés dans le département, besoins de formation, etc.). Pourrait être intégré aux comités de patients existants, au service de l'ombudsman. » (Identité du participant rendue anonyme).

« J'ai besoin d'un ombudsman objectif auquel je peux confier mes inquiétudes à propos du harcèlement psychologique. Je ne peux pas aller à mon superviseur, à mon patron ou aux RH car ils font tous partie du problème. Il n'y a personne ici qui puisse m'aider ou être de mon côté. Je suis actuellement un étudiant en [X] et je sais comment une bonne médiation doit être faite. Cela me laisse dans une position vulnérable et dans l'obligation d'engager un avocat externe pour me protéger. » (Identité du participant rendue anonyme)

- **Mise sur pied d'un bureau ÉDI ou avoir une personne désignée ÉDI**

Une autre des suggestions de participants est la mise sur pied d'un bureau ÉDI ou la désignation d'un responsable ÉDI au CUSM et à l'IR-CUSM. Il n'y avait pas de différence entre les minorités visibles et non visibles dans le souhait d'avoir un responsable ou un bureau désigné ÉDI. Les commentaires sélectionnés ci-dessous reflètent ce souhait :

« Mettre sur pied un bureau ÉDI. » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Signalement anonyme : permettre aux employés de faire des signalements anonymes à un responsable ÉDI ou le rencontrer avec la possibilité de demeurer anonyme.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *J'ai besoin d'un bureau où les plaintes peuvent être traitées.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Un bureau dédié à l'ÉDI, qui inclurait une représentation autochtone, noire et d'autres groupes à la recherche d'équité, est nécessaire pour traiter la très grande quantité de travail qui sera requise de façon continue.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Il serait très utile de désigner un responsable ÉDI qui s'assurera que toutes les politiques et les procédures du CUSM reflètent les principes de l'ÉDI et fournira de la formation.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Créer un bureau affilié [à l']ombudsman qui peut faire le suivi sur les microaggressions.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Mettre sur pied un bureau ÉDI pour le CUSM où sont consignées et gérées les initiatives impliquant le racisme anti-autochtone et anti-noir ou à l'endroit de tout autre groupe à la recherche d'équité.* » (Identité rendue anonyme)

« *Créer un bureau d'ombudsman pour les personnes autochtones.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Ressources pour les équipes (besoin de quelqu'un de neutre pour aider à régler des différends entre patients/équipes de santé ou personnel de bureau ou autre personnel ou entre 2 employés et des directeurs/trices ou superviseur(e)s en cas de problèmes car j'ai déjà eu des commentaires sur le fait que notre syndicat n'était pas toujours efficace.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *J'ai besoin d'un établissement avec des conseillers formés pour [...] aider, soutenir ou guider, au besoin.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Il faut créer une adresse courriel confidentielle pour l'ÉDI afin de recevoir des plaintes d'employés qui se sentent lésés à ce sujet. Et assigner une personne compétente pour analyser les situations et trouver des solutions (comme l'ombudsman).* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *J'aimerais avoir une personne en dehors de la structure de gestion à qui signaler les enjeux qui se présentent en matière d'ÉDI ou en discuter, avec l'option de garder le signalement anonyme ou de ne pas le partager avec les RH/la gestion.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Définitivement un espace sûr pour parler ouvertement, sans crainte de préjugés ou de partialité.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Création d'un bureau de l'inclusivité.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« *Miser sur l'expertise existante au CUSM mais qui manque de ressources : Bureau ÉDI? Voir les programmes et bureaux existants : Bureau des partenariats avec les patients, services de consultation socioculturelle et d'interprétation, soins axés sur la personne au Children... Les programmes existent déjà mais les ressources sont insuffisantes pour mener un réel changement organisationnel de haut en bas et de bas en haut.* » (Identité du participant rendue anonyme)

« Avoir un bureau central qui aurait des dispositifs d'adaptation pour les personnes handicapées. Bien que de tels dispositifs soient rarement requis, ils sont importants. » (Identité du participant rendue anonyme)

« En raison de leurs postes, ils n'ont pas de syndicat (l'Association des professeurs d'université de McGill est une association, pas un syndicat) ni d'ombudsman. Par exemple, créer un bureau dédié pourrait être une solution. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Former et rendre disponibles des conseillers et des mentors ÉDI dans tous les établissements du CUSM. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Créer un poste pour une personne-ressource spécialisée dans la médiation et dans la formation du personnel de recherche et administratif aux questions d'ÉDI. Cette personne aurait la charge de mettre en place des formations obligatoires sur les questions de diversité, d'équité et d'inclusion (biais implicites, microagressions, prise en charge des personnes issues de minorités au niveau clinique, etc.) Que la charge ne repose pas uniquement sur des personnes sur la base de leur volontariat. Pour que la politique ÉDI soit menée sur la continuité et ait un impact, un poste doit être créé ». (Identité du participant rendue anonyme)

« Lorsque des personnes font des signalements, l'IR pourrait faire un suivi auprès d'elles afin de s'assurer que les situations sont réglées. À l'heure actuelle, trop de gens pensent que rien n'est fait; ils ont besoin de leur emploi alors ils souffrent en silence. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Créer un service d'ombudsman ou un groupe tiers semblable où les plaintes peuvent officiellement être consignées et investiguées rigoureusement, comme le système utilisé au gouvernement (mes deux frères et sœurs travaillent au gouvernement et sont choqués qu'il n'y ait personne au-dessus des RH à qui confier mes plaintes pour abus). » (Identité du participant rendue anonyme)

« Un comité au sein de l'IR-CUSM qui traiterait les plaintes et le harcèlement. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Personne ne veut être étiqueté comme raciste. Je suggère qu'il y ait une ligne d'assistance anonyme où les personnes peuvent poser des questions ou signaler des situations précises. Quand mes pairs me racontent des choses, je dis simplement 'allez voir les RH' mais c'est trop compliqué alors le problème perdure. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Des ressources en matière d'ÉDI devraient être fournies par l'IR-CUSM, la Faculté de médecine et des sciences de la santé de McGill, et l'Université McGill. » (Identité du participant rendue anonyme)

10. Expériences positives

Bien que les préjugés et les comportements / traitements discriminatoires abordés dans ce rapport puissent être décourageants, il est important de souligner que les participants ont partagé avec le C-AIDE des expériences positives et non discriminatoires et signalé qu'ils ont confiance que le leadership puisse créer un environnement inclusif. Par exemple, 35,3 % des participants à l'évaluation qualitative ont partagé au moins une interaction réconfortante liée à leur travail (avec des patients et/ou des équipes) au CUSM. L'un des éléments les plus couramment cités est l'environnement d'équipe et la façon dont les relations positives et collaboratives au sein de l'équipe immédiate contribuent à la culture / l'environnement de travail de façon générale. Les participants ont également exprimé leur gratitude et leurs expériences, tout en reconnaissant les besoins d'amélioration comme suit :

« Je ne peux évidemment parler que de l'expérience dans mon département. Mais je dois dire que [...] en tant qu'employé et que travailleur au CUSM, mon unité est très inclusive, très diversifiée et offre des opportunités égales. Alors, je suis très satisfait de ce qui se fait à ce niveau. Mais, c'est intéressant de constater [...] [que] dans le passé, quelque chose de si évident maintenant n'était même pas considéré comme une priorité à l'époque. Alors, qu'est-ce que [...] nous ne voyons pas? Y a-t-il des enjeux qui ne sont pas visibles? Or, d'après ce que je vois comme employé, je suis très satisfait de la culture de travail. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Oui, je suis très à l'aise de venir au CUSM, de venir travailler. J'aime ce que je fais. J'aime mon équipe [...] et j'aime l'environnement. Je suis très à l'aise. » « Lorsque je marche [...] dans le site Glen, c'est comme si j'étais à la maison. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Les gens sont très gentils, il y a une expertise incroyable, des personnes extrêmement dévouées et un travail d'équipe remarquable. C'est un excellent lieu de travail. En matière d'ÉDI, des améliorations pourraient être apportées. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Et je viens au travail pour travailler mais je viens aussi au travail pour travailler avec des gens. Que vous soyez un collègue ou un gestionnaire, un superviseur ou même un médecin ou une infirmière, nous venons tous travailler en équipe et je crois profondément en ce type de travail, l'effort collectif. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Je travaille dans une équipe qui est très inclusive et très respectueuse. Alors [...] je dirais que mon équipe immédiate est fantastique à cet égard. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Jusqu'à présent, j'ai le plus grand respect et la plus grande confiance envers la communauté du CUSM, que ce soit pour mes besoins personnels ou les soins que ma famille a reçus. J'ai été témoin de la diversité du personnel, des professionnels en passant pas tous les autres prestataires de services et personnes proches aidantes. Je n'ai vu personne se faire refouler pour des raisons de non-inclusion. » (Identité du participant rendue anonyme)

De façon générale, les participants ont également affirmé que tout ce qu'ils font, ils le font pour les patients et ont exprimé le désir d'aider les patients par tous les moyens possibles comme suit :

« J'aime pouvoir aider les patients. Ça représente vraiment ce que c'est que de venir travailler – c'est pour les patients. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Je travaille pour les patients qui m'attendent, je sais que je les ai entre les mains. » (Identité du participant rendue anonyme)

« Ultimement, nous prenons soin de gens comme des patients et leur famille. » (Identité rendue anonyme)

« Cependant c'est un endroit qui a sa dose de rumeurs aussi. Même si certains départements ne s'aiment pas ou ont mauvaise réputation, on va faire notre part et un peu plus si c'est pour aider un patient. En échange de faire sa part, de faire partie de l'équipe et de mettre de côté son égo, on peut gagner du professionnalisme et de l'entraide. » (Identité du participant rendue anonyme).

7. DISCUSSION

Initiatives antérieures et observations actuelles

Avant de mettre sur pied le C-AIDE, et après le meurtre de George Floyd par un policier – une situation qui a choqué la population partout dans le monde et déclenché des manifestations publiques – les institutions des secteurs public et privé ont commencé à examiner ou à réexaminer leurs politiques et pratiques en matière d'inclusion et à s'engager à mettre en place des pratiques antiracistes auprès de divers communautés au Canada, y compris la Société canadienne de pédiatrie, le University Health Network, l'Hôpital SickKids, l'Initiative Black North, pour n'en nommer que quelques-unes. (1) Au CUSM, les services de consultation socioculturelle et d'interprétation (SCSI) ont publié une déclaration sur le portail du CUSM intitulée *Black Lives Matter au CUSM* (1) pour reconnaître l'existence du racisme dans le système de soins de santé en rapport avec le CUSM. Les SCSI ont proposé d'offrir des ateliers intitulés *Déboulonner le racisme* pour les travailleurs de la santé. Ces ateliers / webinaires ont été offerts en 2021 et ont sensibilisé et encouragé l'action collective pour la création d'une stratégie antiracisme axée sur l'éducation. *Décortiquer le racisme : série d'outils pour les travailleurs de la santé* (2).

D'autres initiatives entreprises par les SCSI comprennent des ateliers/webinaires sur l'histoire, la santé et la culture des Autochtones, tenus à compter de 2015 sur une période de 5 ans, à la suite des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, dont le pilote a été lancé en collaboration avec le Programme de santé du Nord. Les recommandations proposées ont été faites dans *L'histoire, la santé et la culture autochtones* (3) *Réflexion sur les visions du monde autochtone au CUSM : la marche à suivre*.

En 2014, le CUSM (SCSI et Qualité et risque), après avoir participé à l'élaboration des normes d'équité en santé avec le *HPH International Migrant Friendly Task Force*, a testé ces normes à titre pilote avec d'autres organisations participantes. (4) En 2018, les membres du groupe de travail et d'autres ont pris la parole lors du symposium de deux jours intitulé *Symposium sur l'équité en santé : intégrer l'équité en matière de santé aux politiques, aux pratiques et à la participation, 11 et 12 octobre 2017*, organisé par les SCSI du CUSM et l'ACCÉSSS, un groupe de pression provincial représentant les besoins de santé des diverses communautés ethnoculturelles. Ces initiatives visaient à faire adopter les politiques et pratiques en matière d'équité en santé au CUSM (5). Certains des services/conférenciers spécialisés ayant fait des présentations au symposium participaient/participent à des initiatives fondées sur l'équité, mais pour que l'accès équitable devienne monnaie courante au CUSM, à l'IR-CUSM et ailleurs, un engagement public envers les politiques et pratiques fondées sur l'équité est nécessaire, (6) en plus de plans d'action détaillés, harmonisés aux recommandations du C-AIDE portant sur la mise à jour /le développement de politiques inclusives. Ces plans doivent inclure des structures et processus concrets qui encouragent la participation aux pratiques en matière d'équité (collecte de données, évaluation, éducation, budgets, sensibilisation de la collectivité et partenariats, etc.), de même que des incitations à marquer le progrès. À titre d'exemples, on trouve des budgets pour le recrutement axé sur la diversité, la traduction et l'interprétation et d'autres initiatives fondées sur l'équité impliquant des communautés sous-représentées avec des mesures annuelles permettant d'identifier les progrès, les lacunes et les causes.

Comme le racisme a été identifié comme étant prévalent dans les milieux de travail, y compris dans les établissements de soins de santé, des pratiques antiracistes assorties d'un système de signalement anonyme pour les professionnels et le personnel seraient bénéfiques. Dans le rapport du C-AIDE, les patients n'ont pas été interrogés en raison des restrictions liées à la COVID, mais ils pourraient également bénéficier d'un processus similaire. Des lignes directrices claires sont recommandées pour définir les paramètres d'une initiative de signalement du racisme afin d'obtenir de bons résultats. Il serait utile d'impliquer une entité pratiquant la justice sociale (une voie équitable vers l'égalité) pour mener à bien ce travail., et d'avoir recours à une approche de médiation axée sur la justice réparatrice pour résoudre les problèmes. La justice réparatrice est généralement liée au système juridique mais montre des impacts positifs croissants au fil du temps dans les milieux universitaires et autres (7), ce qui démontre son adaptabilité au lieu de travail. Une gestion indépendante permettrait d'instaurer la confiance et de protéger la confidentialité. À cet égard, le

C-AIDE a réalisé une revue de littérature abrégée sur les systèmes de signalement sûrs, dont les conclusions sont présentées ici :

- **Systèmes de signalement sûrs**

Les articles pertinents identifiés présentent des considérations clés pour la conception d'un système de signalement sûr afin de soutenir l'engagement d'une organisation envers les principes de l'ÉDI. Les recommandations formulées dans la littérature visent à réduire les obstacles au signalement pour le personnel de la santé et à garantir des réponses justes et équitables aux déclarations déposées.

Principaux obstacles à la déclaration : La littérature identifie les principaux obstacles auxquels se heurte le personnel de la santé pour signaler les incidents de discrimination et de harcèlement. Il s'agit notamment de l'incapacité à identifier un incident de harcèlement ou de discrimination, de la méconnaissance de la procédure de signalement et de la crainte de représailles ou de voir ses préoccupations rejetées ou ignorées (Dobbin & Kalev, 2020; Fenwick et al., 2022; Hostetter & Klein, 2021; Huang et al., 2022; Jenner et al., 2022; LeSage, 2019; Commission ontarienne des droits de la personne, 2008; Vargas et al., 2022; Zeidan et al., 2022). D'autres préoccupations concernant le fait que le personnel hésite à déposer un rapport en raison de l'inaccessibilité des procédures de signalement ou du manque de clarté de celles-ci sont également importantes dans la littérature (Fenwick et al., 2022; Huang et al., 2022; Jenner et al., 2022; LeSage, 2019; Odes et al., 2022).

Des recommandations visant à réduire les obstacles au signalement sont présentées dans toute la littérature. Ces recommandations portent sur :

- L'éducation et la formation sur les procédures de signalement;
- La conception du système de signalement, et;
- La réponse institutionnelle aux déclarations déposées.

Éducation et formation : Il existe un large consensus dans la littérature sur le fait que l'éducation et la formation doivent accompagner la mise en œuvre d'un système de signalement (Dobbin et Kalev, 2020 ; Hostetter et Klein, 2021 ; Huang et al., 2022 ; Jenner et al., 2022 ; LeSage, 2019 ; Commission ontarienne des droits de la personne, 2008 ; Zeidan et al., 2022). Les recommandations pour ces programmes consistent notamment à s'assurer que tous les employés connaissent la définition de la discrimination et du harcèlement et peuvent identifier les comportements qui justifient un signalement (Hostetter et Klein, 2021 ; Jenner et al., 2022 ; Commission ontarienne des droits de la personne, 2008 ; Zeidan et al., 2022). Il est également largement recommandé que la formation garantisse que tout le personnel sache comment signaler un incident et ce qui se passera pendant le processus de signalement (Jenner et al., 2022 ; LeSage, 2019 ; Zeidan et al., 2022). Dans un examen des incidents de violence au travail signalés par les infirmières, Huang et al. (2022) ont constaté que la familiarité avec le processus de signalement peut aider à diminuer les craintes de représailles ou d'autres conséquences négatives perçues du signalement (Huang et al., 2022).

Conception du système de signalement - Signalement anonyme: Les systèmes de signalement anonyme bénéficient d'un soutien mitigé dans la littérature. Ces systèmes de signalement sont largement reconnus pour répondre à la crainte de représailles (Hostetter & Klein, 2021 ; LeSage, 2019 ; Zeidan et al., 2022). Cependant, l'anonymat peut restreindre la manière dont une institution peut répondre à un rapport (Dobbin & Kalev, 2020 ; LeSage, 2019 ; Zeidan et al., 2022). Zeidan et al. (2022) identifient les préoccupations du personnel selon lesquelles le signalement anonyme peut conduire à un abus du système de signalement et à des accusations inexactes. LeSage (2019) propose en outre que l'abus potentiel d'un système anonyme peut échouer à normaliser ou à accroître le degré de confort du processus de signalement. Il n'existe pas de consensus dans la littérature sur la question de savoir si un système de signalement anonyme peut être utilisé pour mener des enquêtes formelles justes et équitables. Hostetter et Klein (2021) recommandent plutôt que l'information recueillie à partir

des rapports anonymes soit utilisée pour identifier les domaines de préoccupation au sein d'une institution qui peuvent justifier une surveillance accrue ou des programmes de formation et d'éducation ciblés. La Commission ontarienne des droits de la personne (2008) recommande également aux établissements de réagir de manière proactive aux sujets de préoccupation, même si aucune plainte officielle n'a été déposée. Bien que Dobbin et al. (2020) suggèrent que le signalement anonyme ne permet pas d'identifier les tendances dans le comportement de l'auteur, car l'identification de l'auteur n'est pas toujours possible, ils n'ont pas considéré les mérites des autres renseignements qui peuvent être collectés, comme le département dans lequel l'incident s'est produit ou la nature de l'incident. Cette information peut être utilisée pour informer les réponses institutionnelles à la discrimination et au harcèlement (Hostetter & Klein, 2021 ; LeSage, 2019).

Conception du système de signalement - Variété des options de signalement : Il est prouvé dans la littérature que le fait de proposer une variété de systèmes de signalement peut encourager des taux plus élevés de signalement des incidents de discrimination et de harcèlement (Dobbin & Kalev, 2020 ; Fenwick et al., 2022 ; Schneider et al., 2016 ; Vargas et al., 2022 ; Zeidan et al., 2022). Il existe un fort soutien en faveur d'une conception de système où les options de signalement informel et formel sont offertes au personnel (Dobbin et Kalev, 2020 ; Vargas et al., 2022 ; Zeidan et al., 2022). Les systèmes de signalement informel peuvent inclure la possibilité de rester anonyme, et peuvent déclencher des procédures de médiation ou de résolution des conflits sans nécessairement conduire à d'autres mesures disciplinaires par le biais d'une enquête formelle. Pour encourager le signalement, les études montrent que la variété des méthodes de signalement est importante (Dobbin et Kalev, 2020 ; Fenwick et al., 2022 ; Schneider et al., 2016). Les méthodes peuvent inclure des options de signalement via une plateforme en ligne, une ligne d'assistance téléphonique ou en personne (Schneider et al., 2016).

Consultation : Il est prouvé dans la littérature que l'accès à la consultation pour le personnel qui envisage de déposer un rapport peut aider à se sentir à l'aise et à se familiariser avec le processus de signalement et à diminuer la peur des représailles (MacCurtain et al., 2018 ; Zeidan et al., 2022). Un processus de consultation permet à un déclarant de discuter d'un incident avec un conseiller de confiance ou une personne de soutien désignée avant de déposer un rapport (MacCurtain et al., 2018 ; Zeidan et al., 2022). Cette consultation peut fournir des renseignements au déclarant sur ses options en matière de procédures de résolution de plaintes formelles et informelles (MacCurtain et al., 2018 ; Zeidan et al., 2022). Les avis sont partagés dans la littérature quant à savoir si cette consultation doit être menée par un membre de l'organisation ou un tiers indépendant (LeSage 2019, Jenner et al., 2022 ; Zeidan et al., 2022.).

Réponse institutionnelle aux déclarations déposées : La réponse d'une institution à une déclaration déposée peut avoir un impact important sur le confort du personnel envers le système de signalement. Une étude de Fenwick et al. (2022) qui identifie les recommandations d'experts pour la conception du système de signalement soutient que les institutions doivent prendre toutes les plaintes au sérieux et fournir un soutien logistique au déclarant afin de promouvoir une culture au sein de l'institution où la violation des principes de l'ÉDI n'est pas tolérée. Huang et al. (2022) et Fenwick et al. (2022) soulignent l'importance d'un suivi institutionnel auprès du déclarant concernant le résultat d'un rapport, qu'il soit résolu par des moyens formels ou informels. Le suivi des rapports et des enquêtes terminées peut permettre d'identifier ou de réduire les mesures de représailles et de fournir un retour d'information à l'institution sur la satisfaction des employés concernant le processus de signalement (Fenwick et al., 2022 ; Huang et al., 2022).

Limites : La littérature sur les systèmes de signalement sûrs se concentre principalement sur les cas de harcèlement sexuel et de discrimination sexuelle. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'utilisation des systèmes de signalement pour d'autres formes de harcèlement et de discrimination.

Engagement et consultation auprès de la collectivité

Tout au long de l'exécution de son mandat, le C-AIDE a mené des consultations formelles et informelles auprès d'un groupe diversifié d'experts (internes et externes) en matière d'équité, de diversité, d'inclusion, d'antiracisme et d'indigénité, à l'échelle locale et nationale, afin de s'inspirer des pratiques de pointe pour éclairer le travail de ce comité, tout en partageant des possibilités de formation avec la communauté du CUSM, par le biais de webinaires, de discussions en groupe et d'ateliers - ce dernier forum étant restreint pendant la pandémie de COVID-19. Parmi les experts consultés, mentionnons le Dr Upton Allen, professeur de pédiatrie et chef du service des maladies infectieuses à l'Hôpital SickKids, Université de Toronto, et le Dr Kwame McKenzie, chef de la direction du Wellesley Institute, les coprésidents du comité de la santé de l'Initiative Black North Initiative - un organisme voué à l'élimination des obstacles qui nuisent à la vie des Canadiens noirs ; le Bureau de la responsabilité sociale et de l'engagement communautaire de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill ; le Wabano Center for Aboriginal Health ; M. Sipi de Flamand, vice-chef de Manawan, Hear Entendre Québec, et Colors of COVID, entre autres. Des consultations internes ont eu lieu auprès de trois syndicats représentant la main-d'œuvre du CUSM, le Conseil des infirmières et infirmiers, le Bureau de partenariats du CUSM, les infirmières et infirmiers gestionnaires, et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital de Montréal pour enfants, entre autres. En outre, la direction du CUSM a soutenu la participation des coprésidentes et d'autres membres du C-AIDE à des conférences locales, nationales et/ou internationales axées sur l'élaboration et l'application de pratiques exemplaires en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de racisme anti-noir et anti-autochtone.

Tout au long de son mandat, le C-AIDE a reçu plusieurs demandes de consultation de la part d'établissements de santé du Québec et a collaboré à divers degrés à l'élaboration/la conception d'approches visant à évaluer l'état de l'équité, de la diversité et de l'inclusion dans des organisations telles que la Résidence de soins palliatifs Teresa-Dellar, entre autres. Les coprésidentes et autres membres du C-AIDE ont agi à titre de conseillers, de collaborateurs et/ou d'examineurs dans le cadre de projets de recherche communautaires sur l'ÉDI et ont dirigé ou collaboré à des initiatives d'ÉDI à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill (p. ex. : déploiement d'une catégorie d'application de candidat noir et/ou d'un délégué du vice-principal exécutif sur les comités d'embauche académique), à l'Université de Montréal, ainsi qu'à des initiatives nationales en matière d'éducation à la santé et d'ÉDI (p. ex. : Black Health Education Collaborative, Conférence canadienne sur l'éducation médicale 2022 (Sous-comité consultatif sur les Noirs) et Association des facultés de médecine du Canada).

Le C-AIDE souhaite mettre en lumière diverses réalisations positives :

- Le leadership des services de consultation socioculturelle et d'interprétation de l'Hôpital de Montréal pour enfants, un chef de file dans le domaine depuis plus de 30 ans;
- Le Dr Samir Shaheen-Hussain, membre ad hoc du C-AIDE et auteur primé de *Fighting for a Hand to Hold : Confronting Medical Colonialism Against Indigenous Children in Canada*, dont la campagne de sensibilisation visant à permettre aux enfants autochtones gravement malades d'être accompagnés de leurs parents lors des transferts en ambulance aérienne des communautés du Nord vers le CUSM est un excellent exemple de la façon dont on peut changer une vie;
- L'inclusion d'une représentation autochtone au sein du Comité de patients ambulatoires (site Glen);
- Le projet de sécurité culturelle lors des accouchements à risque élevé mis en œuvre cette année au Centre des naissances du CUSM, y compris une formation sur la sécurité culturelle dirigée par les Inuits;
- Traduction de la brochure pour les patients du CUSM en inuktitut, en cri et en mohawk;
- Collaboration entre le CUSM et le Centre de santé autochtone de Tiohtià :ke, y compris un nouveau projet prévu en collaboration avec le département de Médecine familiale du CUSM et la clinique de soins d'urgence du Complexe de santé Reine Élisabeth, intitulé *Mise en place de services médicaux sans rendez-vous culturellement sûrs pour les autochtones urbains de Montréal*;
- Le projet intitulé *Vers la sécurité culturelle : Comprendre les croyances, les attitudes et les connaissances des professionnels du CUSM en matière de soins aux patients autochtones*, qui comprend des évaluations

rapides de l'état de la sécurité culturelle des professionnels du CUSM afin d'informer l'adaptation de la formation en sécurité culturelle aux besoins spécifiques identifiés au sein de la communauté du CUSM, en étroite collaboration avec les communautés autochtones et sous l'égide du Bureau de partenariats du CUSM;

- Une initiative visant à sensibiliser les équipes cliniques à la diversité des identités sexuelles;
- D'autres initiatives menées par le département des soins infirmiers;
- Le programme de formation continue à distance du CUSM pour les professionnels de la santé interdisciplinaires résidant dans les communautés autochtones ou les desservant;
- Des initiatives conjointes avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé et la Faculté de médecine dentaire et des sciences de la santé de l'Université McGill dans le cadre de la mise en œuvre des plans d'action respectifs pour lutter contre le racisme anti-noir;
- La création de comités d'ÉDI au site du Neuro et de l'IR-CUSM; et
- La composition diversifiée du conseil d'administration du CUSM – dont tous les membres ont suivi une formation sur les préjugés inconscients au cours des premières étapes du mandat du C-AIDE, son adoption opportune de cinq des (six) recommandations préliminaires du C-AIDE en 2021, et son leadership audacieux dans la commande de cette étude.

Voix et perspectives autochtones

Conscient de la vaste étendue des régions géographiques d'où proviennent les patients du CUSM et de la valeur des partenariats communautaires, le C-AIDE s'est efforcé d'inclure et d'apprendre les perspectives et les points de vue des partenaires communautaires, y compris les membres et les alliés des communautés autochtones. Malgré les défis posés par la pandémie de COVID-19 et d'autres traumatismes à la participation à la deuxième phase (qualitative) de cette étude, le C-AIDE a reçu les commentaires d'universitaires et d'alliés autochtones et a été informé par l'analyse des besoins et les recommandations antérieures de la communauté produites par le Centre de santé autochtone de Tiohtià :ke. Parmi ses principales recommandations, le Centre a appelé à la mise en œuvre d'une approche holistique des soins de santé ancrée dans quatre piliers principaux afin de faciliter l'accès à des soins et services de qualité pour les 35 000 résidents des Premières Nations, Métis et Inuits de Montréal, en tenant compte de la diversité des langues, des origines et des pratiques culturelles pour aider à atténuer l'impact des déterminants sociaux de la santé. Ces piliers comprennent (1) une formation obligatoire à la sécurité culturelle pour tous les professionnels de la santé ; (2) des navigateurs autochtones pour accompagner les patients autochtones à chaque étape de leur parcours de soins ; (3) la création de départements de santé autochtone au sein des établissements de santé, pour soutenir la prestation de soins culturellement sûrs partout dans le réseau de soins, y compris l'adaptation culturellement sensible des espaces physiques, y compris la salle de purification ; et (4) la création de centres de soins holistiques et complets pour les autochtones, comprenant des services de soins primaires et de santé mentale.

Le C-AIDE reconnaît avoir entendu de sérieuses préoccupations exprimées par les communautés autochtones et leurs alliés, demandant la suspension de la promotion par le CUSM des modules de formation à la sensibilité culturelle *Sensibilisation aux réalités autochtones* mandatés par le MSSS, en attendant une consultation avec le MSSS pour l'adapter sous la direction de gardiens du savoir et de chercheurs autochtones afin de mettre fin aux impacts néfastes. Il est à noter que des préoccupations similaires ont été exprimées par des professionnels de la santé, des stagiaires et des chercheurs du CUSM au cours des phases quantitatives et/ou qualitatives de cette étude. Trois lettres documentant ces préoccupations ont été communiquées au C-AIDE.

À titre d'exemple, l'extrait suivant d'une lettre souligne les préoccupations spécifiques du Comité de sécurité culturelle du Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens pour la région 18 - Eeyou Istchee, les territoires cris de la Baie James, qui dépendent du CUSM pour les services de soins tertiaires :

1. « Par définition, toute formation sur la sécurité culturelle destinée aux utilisateurs autochtones du système de santé doit être dirigée par les communautés autochtones, qui se l'approprient, et suivre un

- programme déterminé par leurs besoins. Les modules du MSSS ne répondent pas à cette norme de base.*
- 2. Les collègues cris qui étaient censés avoir été consultés lors de l'élaboration des modules ont exprimé plusieurs préoccupations à leur sujet, mais leur contribution a été ignorée. Leur approbation des modules finaux n'a pas été demandée.*
 - 3. À tout le moins, le CUSM devrait consulter les nations qu'il dessert dans le cadre de son RUISSS pour savoir quelles formations en sécurité culturelle elles considèrent comme pertinentes pour leurs réalités particulières, y compris, mais sans s'y limiter, les nations kanien'kehá:ka, anishinaabek, crie et inuite. Plusieurs communautés ont des formations qu'elles sont en mesure d'offrir. Le gouvernement du Québec n'est en aucun cas une autorité reconnue en matière de racisme systémique, de sécurité culturelle ou de réalités autochtones.*
 - 4. Les modules du MSSS n'abordent pas en profondeur les appels à l'action dans le domaine de la santé lancés par la Commission de vérité et réconciliation, les recommandations en matière de santé de la Commission Viens, ou le Principe de Joyce, qui sont tous, selon nous, des éléments fondamentaux de connaissance et d'orientation pour tout travailleur de la santé au Québec.*
 - 5. Les modules du MSSS ne sont pas centrés sur les expériences vécues en matière de soins de santé par les Autochtones du Québec, et n'abordent pas non plus la dynamique particulière de la navigation de la sécurité culturelle dans les relations fondées sur les soins, où le pouvoir joue un rôle très particulier. »*

Ces préoccupations ont été relayées par le tollé de voix autochtones, notamment de patients, de personnes proches aidantes, d'universitaires, d'aînés, de médecins et d'alliés interdisciplinaires au sein du CUSM, de l'IR-CUSM et de la communauté élargie :

« J'ai trouvé irrespectueux le fait de ne pas aborder la mort de Joyce, le racisme systémique ou le Principe de Joyce. La formation aborde à peine les soins de santé ou l'histoire des soins de santé. J'ai également trouvé alarmant le peu de consultation des experts autochtones. Il est temps d'écouter. »

Le professeur Faiz Ahmad Khan, clinicien-scientifique à l'IR-CUSM et pneumologue au CUSM et au Centre de santé Inuulitsivik & Tulattavik a déclaré :

« Je suis préoccupé par le fait que la formation de 'sensibilisation aux autochtones' du MSSS puisse en fait contrecarrer les progrès réalisés dans la lutte contre le racisme anti-autochtone à la Faculté de médecine et au CUSM.

1 – La majorité du contenu est présenté par des personnes non autochtones, dont beaucoup sont des universitaires. Cela reflète un état d'esprit selon lequel les voix non autochtones sont considérées comme mieux adaptées - plus 'expertes' - pour parler des Autochtones que les Autochtones eux-mêmes. En outre, elle transmet le message que les peuples autochtones doivent être étudiés pour être compris. Il est particulièrement inquiétant que l'histoire soit racontée d'un point de vue purement colonisateur et par des universitaires non autochtones, plutôt que par des historiens autochtones. Il n'est pas surprenant que l'histoire soit blanchie, les actes de violence délibérés, y compris ceux impliquant la propagation de maladies et les expériences non consenties, étant laissés de côté.

2 – La violence et l'insécurité que les Autochtones subissent encore et encore lorsqu'ils cherchent à se faire soigner au Québec ne sont pas mentionnées une seule fois. Aucune mention de la Commission Viens. Aucune mention de Joyce Echaquan et du rapport du coroner sur sa mort. Aucune mention du racisme. Aucune mention de la Commission de vérité et réconciliation. En ignorant complètement ces questions, les créateurs de cette formation travaillent activement contre les demandes des peuples autochtones de s'attaquer directement à ces problèmes. Je suis franchement consterné par ces omissions.

3 – Il serait naïf de considérer la brève partie de la vidéo où les Autochtones donnent des conseils sur la façon d'interagir avec eux, comme la preuve que les Autochtones ont eu une plateforme et une voix dans la vidéo. Il est probable que ce sont des personnes non autochtones qui ont posé les questions, et non pas des questions directes sur le racisme et la violence et sur la manière de les aborder.

4 – Soutenir ce type de vidéo est également incompatible avec la recommandation suivante soumise au doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, par un comité chargé de faire des recommandations sur la manière de renforcer la responsabilité sociale au sein de l'école de médecine : Veiller à ce que la formation sur la sécurité culturelle créée et dirigée par des Autochtones et spécifique aux populations que nous servons soit obligatoire pour tous les membres de l'école participant au travail clinique et à la recherche. Offrir un soutien aux communautés autochtones qui sont en train de développer une telle formation. »

Parmi les autres préoccupations exprimées par les Autochtones et leurs alliés, y compris les cliniciens et les chercheurs du CUSM, il y a le fait que ce type de formation causera plus de mal que de bien ; que les personnes qui ne sont pas des Premières Nations ou des Autochtones ne sont pas qualifiées pour donner une formation ou un enseignement sur les réalités des peuples autochtones; que des faits historiques importants ont été effacés ou omis, l'absence de toute référence à l'expérience de racisme vécue par la regrettée M^{me} Joyce Echaquan aux mains d'une infirmière au Centre hospitalier de Lanaudière, à Joliette, au Québec, peu de temps avant sa mort; aucune référence à la variole et aux maladies apportées par les Européens aux Autochtones du Canada; aucune mention des disparitions d'enfants autochtones dans le système médical québécois; aucun commentaire sur les expériences médicales contraires à l'éthique pratiquées sur les enfants dans les pensionnats; et aucune discussion sur les principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession), pierre angulaire de la recherche moderne avec les personnes et les communautés autochtones.

Le C-AIDE a d'abord fait part au conseil d'administration et au Bureau de partenariats du CUSM, au printemps dernier, de préoccupations similaires exprimées par les professionnels de la santé du CUSM et les communautés autochtones, y compris les aînés autochtones. Au cours de cette étude, les participants au sondage ont mentionné l'importance des « soins tenant compte des traumatismes » et ont préconisé que les formations sur la sécurité culturelle soient dirigées par des Autochtones. Le C-AIDE renouvelle son appel au CUSM pour qu'il cesse de promouvoir le programme de formation controversé *Sensibilisation aux réalités autochtones* au CUSM, en attendant une consultation avec le MSSS et des révisions ultérieures éclairées par les expériences et le leadership des patients, collègues ou partenaires autochtones, afin de prévenir tout autre préjudice. Le C-AIDE demande également que le CUSM adopte une déclaration de reconnaissance des terres élaborée par un comité d'universitaires autochtones et d'expertise vécue.

Au sujet de la diversité des employés, du personnel d'encadrement et de la direction

Pour ce qui est de la représentation de la diversité dans le personnel d'encadrement en étant inclus et entendu, beaucoup ont parlé du fait qu'ils ne se sentaient pas en sécurité, appréciés ou en confiance dans les processus traditionnels. Comme le décrit un participant : *L'inclusion, c'est avoir une voix, et l'appartenance, c'est avoir une voix qui soit entendue. Ces déclarations et commentaires indiquent des situations d'injustice épistémique lorsque quelqu'un se voit accorder moins de crédibilité qu'il ne le mérite (Miranda Fricker) (8). Cela se produit lorsque les explications d'un orateur sont considérées comme moins crédibles (injustice testimoniale) et/ou lorsqu'il existe des différences d'interprétation des expériences collectives ou individuelles, de l'entreprise par rapport à la communauté, qui désavantagent les voix minoritaires en termes de reconnaissance ou de prise en compte des préoccupations (injustice herméneutique). (8)*

Les facteurs de crédibilité s'appliquent sur le lieu de travail lorsque les personnes qui savent ou qui détiennent le savoir dans la chaîne hiérarchique apportent leurs propres perspectives distinctes sur leurs expériences vécues relatives au travail qui ne correspondent pas à la norme structurelle et aux systèmes de croyance de ceux qui ont plus de pouvoir

dans la chaîne. Si tout le monde peut être victime d'une injustice épistémique, les groupes marginalisés qui font l'objet de stéréotypes négatifs et sont sous-représentés dans les positions de pouvoir sont particulièrement susceptibles d'être traités comme manquant de connaissances alors qu'ils possèdent des renseignements précieux, et peuvent être exclus des opportunités d'acquérir des connaissances et de partager celles qu'ils possèdent. Des efforts particuliers sont nécessaires pour que tous les membres du personnel/professionnels, étudiants et autres (gardiens du savoir) restent engagés et apportent leurs points de vue dans des espaces sûrs qui conduiront à des changements dans les pratiques organisationnelles intégratives. Veuillez consulter la section 12 pour les références.

Pratiques de pointe et autres ressources

Le C-AIDE a compilé un nombre important de publications et d'autres ressources concernant les pratiques de pointe, les sujets liés à l'ÉDI, les plans d'autres institutions, etc. Ces ressources sont consolidées dans un document Excel avec des liens pour éventuel intégration sur une plateforme électronique disponible à tous.

8. LIMITES ET POINTS FORTS

Événements historiques à considérer

Il est important de tenir compte des événements historiques majeurs qui se sont produits avant ou pendant le processus de collecte de données pour le travail entrepris par le C-AIDE, dont :

- 1) Le projet de loi 21, « Loi sur la laïcité de l'État », a été adopté le 16 juin 2019 (Loi sur la laïcité de l'État, 2019). Le projet de loi 21 restreint le port et l'affichage de signes religieux visibles, tels que les croix, les hijabs, les turbans et les kippas, dans la fonction publique.
- 2) Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que l'épidémie du nouveau coronavirus (COVID-19) était une pandémie mondiale (Organisation mondiale de la santé, 2020). Toute la collecte de données pour le travail du C-AIDE a eu lieu pendant la pandémie. Des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe ont été réalisés lors de la sixième vague de la pandémie de COVID-19 au Québec.
- 3) Le 28 septembre 2020, Joyce Echaquan, une femme autochtone et mère de sept enfants, est décédée peu après avoir enregistré une vidéo montrant le personnel hospitalier en train de l'insulter alors qu'elle gisait sans défense et en détresse au Centre hospitalier de Lanaudière à Saint-Charles-Borromée, au Québec. La mort de M^{me} Echaquan a provoqué un tollé national et des appels aux dirigeants politiques du Québec pour qu'ils reconnaissent la présence d'un racisme systémique dans la province.
- 4) Le sondage a été envoyé par courriel à la communauté du CUSM en mars 2021, environ 10 mois après que George Floyd ait été tué par des policiers aux États-Unis le 25 mai 2020, attirant l'attention et suscitant un tollé international (*The New York Times*, 2022).
- 5) Les entretiens qualitatifs et les discussions de groupe se sont déroulés en mars et en avril 2022 après la découverte rendue publique, le 27 mai 2021, de tombes anonymes d'enfants autochtones dans d'anciens pensionnats du Canada (Dickson & Watson, 2021).
- 6) Le projet de loi 96, « Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français », a été annoncé le 21 octobre 2021 et adopté le 24 mai 2022 (Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français, 2022).

Limites à l'égard des questions ouvertes dans les sondages et l'évaluation qualitative

- 1) (Certains) répondants au sondage se sont servi des questions ouvertes pour laisser des commentaires, sans égard à la question posée et ce, dans les deux sondages.
- 2) Réponses courtes sans explications ni détails : Les répondants au sondage ont inscrit de très brefs commentaires sans fournir d'explication, de détails ou de contexte en lien avec l'enjeu, la préoccupation ou l'idée (p. ex. : sexisme).
- 3) Réponses vagues, sans contexte : Certains répondants au sondage ont évité de fournir une réponse ou une position définitive en effleurant la surface d'une question ou d'une préoccupation, mais sans donner de détails ou d'explications supplémentaires.
- 4) Nombre de détails pouvant mener à l'identification du participant et des autres parties concernées : Les répondants au sondage et les participants aux entretiens fournissent le(s) scénario(s) et d'autres détails pertinents (tels que les noms propres et les positions ou titres institutionnels) liés à la préoccupation ou à la question, ce qui peut

conduire à l'identification du participant et d'autres personnes. Afin de protéger l'anonymat des participants, certains détails ne peuvent être partagés.

- 5) Les participants ont eu l'occasion de fournir des réponses écrites à sept des questions de l'entretien par courriel. Les questions de suivi ont été traitées par courriel et certains messages ont pu être laissés sans réponse par les participants.
- 6) Le recrutement en personne n'a pas été possible. En raison de la pandémie en cours, des mesures continues de prévention des maladies infectieuses en place dans les établissements du CUSM et du fait que certains employés du CUSM n'ont pas d'adresse courriel et/ou n'ont pas accès à l'intranet du CUSM, il se peut que des participants potentiels n'aient pas été au courant de l'initiative ÉDI du C-AIDE et qu'ils aient été manqués, ce qui représente une limite importante.
- 7) En raison du recours à un sondage en ligne et du recrutement électronique des participants dans ce projet, les habiletés électroniques/informatiques peuvent avoir été un problème pour les participants potentiels.
- 8) Les voix des patients sont absentes des données du sondage. Le sondage s'est concentré sur les effectifs du CUSM, les employés et les médecins ayant reçu des courriels. Des notes de service et des messages sur l'intranet ont été envoyés à plusieurs reprises. Bien que le C-AIDE ait voulu joindre les patients et les bénévoles, la pandémie et les ressources disponibles ont fait que ce désir a été mis de côté. Il s'agit donc d'une limite malgré le fait qu'un certain nombre de voix de patients aient été captées dans les discussions de groupe.
- 9) Les voix autochtones sont absentes de l'évaluation qualitative (groupes de discussion et entretiens) bien que, en ce qui concerne le sondage, 1,1 % des répondants au sondage du CUSM se soient identifiés comme Autochtones/Métis/Inuits, et 0,9 % pour l'IR-CUSM. En outre, les voix autochtones du Centre de santé autochtone de Tiohtià :ke et d'autres ont contribué par le biais de l'évaluation antérieure des besoins et de recommandations axées sur la communauté, et par les discussions en cours, respectivement. Ce point est développé dans une section distincte de ce rapport intitulée : *Voix et perspectives autochtones*.
- 10) Les voix des stagiaires/étudiants sont présentes, mais sont limitées en termes de quantité et des discussions supplémentaires avec les stagiaires/étudiants sont donc nécessaires.
- 11) D'autres questions (sujets) importantes peuvent avoir été manquées ou négligées en raison de la nature de l'approche qualitative utilisée et d'autres défis.
- 12) Le codage et l'analyse des données qualitatives prennent beaucoup de temps et les observations et l'interprétation des données peuvent être subjectives.
- 13) En ce qui concerne les données du sondage, il est impossible de faire une déclaration concluante quant à la représentativité de l'échantillon étudié, car les Ressources humaines du CUSM ne disposent pas de renseignements sociodémographiques adéquats sur 43 % de la main-d'œuvre du CUSM. Toutefois, l'échantillon a une importance pratique puisque les répondants comprennent des personnes provenant de divers secteurs, disciplines et rôles d'intervenants dans les établissements. De plus, certains membres du CUSM occupent également des postes à l'IR-CUSM.

Points forts

- 1) L'approche qualitative permet de saisir une diversité d'expériences, de perceptions et d'incidences de l'équité, de la diversité et des inclusions (ou de leur absence) au CUSM/à l'IR-CUSM.

- 2) Les données qualitatives obtenues sur les expériences vécues sont très puissantes et peuvent être plus convaincantes que les données quantitatives. Les témoignages et les citations directes tirées de l'évaluation qualitative peuvent faciliter la compréhension des résultats.
- 3) Les données qualitatives permettent d'identifier des tendances (thèmes) en recherchant des déclarations (citations), qui sont similaires et/ou identiques entre les participants. Les questions ouvertes du sondage et les résultats des entretiens ont permis d'identifier des tendances (thèmes) qui se chevauchent pour deux types d'évaluation différents.
- 4) Les questions et préoccupations partagées avec le C-AIDE ont permis un examen détaillé et approfondi.
- 5) Les entretiens ne se sont pas limités aux sept questions préparées, ce qui permettait aux intervieweurs de rediriger les questions et de demander plus de détails en temps réel (uniquement si les participants voulaient partager plus d'information).
- 6) Les entretiens et les discussions de groupe ont permis de saisir les émotions (indices non verbaux).
- 7) L'approche d'évaluation qualitative permet d'explorer des sujets sensibles.
- 8) L'approche d'évaluation qualitative donne une voix aux participants.
- 9) Le sondage anonyme en ligne a donné aux répondants l'occasion, dans un forum sûr, d'exprimer leurs opinions et de soulever des problèmes qui auraient pu être ignorés ou négligés par le passé.
- 10) La saisie des données démographiques des participants fournit un instantané potentiel de la main-d'œuvre du CUSM et une base de référence à partir de laquelle la Direction des ressources humaines du CUSM peut effectuer des évaluations supplémentaires.
- 11) L'analyse des données et l'engagement des participants dans les groupes de discussion, les entretiens et les commentaires ont été effectués par une consultante indépendante en recherche, titulaire d'une maîtrise en bioéthique et en santé publique, qui possède une solide compréhension de l'énoncé de politique des trois conseils en matière d'éthique, de la collecte, de l'analyse et de la communication des données, ainsi qu'un engagement professionnel indéfectible envers l'éthique de la recherche. La consultante n'avait aucun rôle, aucune connaissance ni aucun poste au sein du CUSM, ce qui garantit l'absence de parti pris institutionnel, de conflits d'intérêts ou d'ingérence.
- 12) Les participants ont eu la possibilité de s'auto-identifier par rapport aux différentes données démographiques indiquées, telles que l'identité de genre, l'identité culturelle, etc.
- 13) Les participants avaient le droit de refuser toute question ou tout sujet qu'ils souhaitaient.

Résultats

- 1) Sont utiles pour tester la pertinence, l'exactitude, les délais et l'efficacité des politiques actuelles, et pour mettre à jour et/ou élaborer de nouvelles politiques.
- 2) Aident à la planification à long terme d'un investissement continu dans l'ÉDI au CUSM et à l'IR-CUSM.

- 3) Comblent un manque de données existant en donnant la parole à une variété de participants, qui sont souvent laissés de côté, et en fournissant des détails et des aperçus approfondis sur des sujets sensibles liés à l'ÉDI au CUSM et à l'IR-CUSM.
- 4) Ont le potentiel d'informer l'exploration d'aspects supplémentaires de l'ÉDI pour obtenir une compréhension plus approfondie des défis et des opportunités.
- 5) Ont le potentiel d'établir et de promouvoir de nouvelles initiatives au CUSM et à l'IR-CUSM.
- 6) Contribuent à l'amélioration et à la révision des soins et services existants (p. ex. : système de signalement sûr pour les employés et les patients) afin que chacun se sente accueilli, valorisé et respecté.
- 7) Doivent être considérés comme un point de départ pour investir dans l'ÉDI au CUSM et à l'IR-CUSM dans le but de les établir en tant que chefs de file mondiaux de l'ÉDI en ce qui concerne leur main-d'œuvre collective et leurs patients, et en tant qu'experts en soins de santé, en services sociaux et en recherche socioculturels inclusifs, sensibles et équitables.

Défis

- 1) Compte tenu de la nature sensible de cette étude institutionnelle sur l'équité, la diversité et l'inclusion, de nombreux sujets très délicats ont été abordés et des conversations très difficiles ont eu lieu sur les questions de racisme, de sexisme, de capacitisme, d'âgisme, de discrimination fondée sur la langue, de xénophobie, etc.
- 2) Les participants à l'étude ont exprimé des inquiétudes quant aux répercussions potentielles mais, en leur garantissant un espace sûr où leur anonymat serait préservé, ils ont partagé leurs expériences et fourni des commentaires très chargés en émotions et très sensibles.
- 3) L'enquête a utilisé une terminologie coloniale dans certains cas. La terminologie, notamment en ce qui concerne les populations autochtones et autres populations colonisées, peut être offensante, sensible et très difficile à naviguer. Alors que le domaine de la sécurité et de la sensibilité culturelles se développe, il est important d'être socioculturellement sûr dans l'utilisation du langage, de la méthodologie, de l'évaluation et de l'interprétation des données dans toutes les sphères de la recherche, en fait, dans toutes les disciplines.
- 4) Le comité a été confronté à un certain nombre de défis liés à l'appréhension de la promotion des sondages et des groupes de discussion auprès de leurs collègues, aux effets continus de la pandémie de COVID-19 imposant des exigences sur les horaires et des contraintes qui ont créé des obstacles supplémentaires pour accéder aux participants potentiels (main-d'œuvre et patients), et à une tentative d'acquisition de renseignements sensibles au cours du processus qui a été évitée.

9. RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude font ressortir les recommandations suivantes, fondées sur des preuves et inspirées par la communauté, que le C-AIDE met respectueusement de l'avant. Elles représentent un point de départ pour des investissements dans l'ÉDI au CUSM et à l'IR-CUSM, qui contribueraient à faire de ces établissements des chefs de file mondiaux en matière d'ÉDI en ce qui concerne leur personnel et leurs patients, et des experts en soins de santé, services sociaux, éducation et recherche socioculturellement inclusifs, sensibles et équitables.

1. **Offrir une éducation et une formation en ÉDI** : rendre obligatoire la formation portant sur la diversité, les préjugés inconscients et la sécurité culturelle pour l'ensemble du personnel, des médecins, des apprenants, ainsi que pour les personnes nouvellement embauchées.
2. **Développer des politiques et des procédures d'ÉDI dans toutes les sphères du CUSM et de l'IR-CUSM** : de la représentation culturelle au niveau du recrutement et de la promotion du personnel issu de minorités visibles, de milieux marginalisés ou de communautés sous-représentées en passant par la recherche et les communications.
3. **Créer un système de signalement sûr et anonyme** : afin d'aborder les enjeux en matière de discrimination, de racisme et de préjugés de toutes sortes.
4. **Créer un bureau ÉDI/désigner un responsable ÉDI** : afin de superviser la formation et l'éducation en matière d'ÉDI à tous les niveaux du CUSM et de l'IR-CUSM, s'assurer que les politiques et les procédures institutionnelles reflètent les principes de l'ÉDI, être le gardien des outils et des ressources sur l'ÉDI et agir comme un service de conseil/consultation sur les questions relatives à l'ÉDI et à l'antiracisme.
5. **Reconnaître les peuples autochtones** : reconnaître ceux qui ont vécu et travaillé autrefois sur ce territoire et qui continuent à le faire en incluant une déclaration de reconnaissance des terres sur le site Web du CUSM, en utilisant les espaces physiques pour tenir compte des peuples autochtones et en adoptant le principe de Joyce.
6. **Renforcer la sécurisation culturelle, l'équité dans l'accès, la continuité, la qualité et la sécurité des services** : cela comprend des services en santé mentale et de lutte contre les dépendances, empreints de sensibilité et misant sur la sécurisation socioculturelle, davantage de guérisseurs/aides culturels naturels et holistiques, de soignants et de travailleurs psychosociaux inuits, et davantage de services communautaires pour les familles.
7. **Améliorer l'accessibilité et les aménagements pour les personnes présentant un handicap** : cela devrait inclure le sous-titrage des réunions publiques en ligne, la langue des signes (ASL), l'accès optimal en fauteuil roulant à tous les services de l'institution, y compris les salles de bain, les équipements d'imagerie, la signalisation, des services de vidéoconférence accessibles, la LSQ (la Langue des signes du Québec) et des interprètes oraux, etc.
8. **Collecter des données socioculturelles sur les patients desservis et le personnel de l'établissement** : cela devrait inclure la mise en œuvre de processus pour documenter les indicateurs de performance clé concernant l'ÉDI et l'examen continu des résultats.
9. **Intégrer l'engagement, les valeurs et les initiatives en matière d'ÉDI dans le plan stratégique du CUSM** : cela permettra de soutenir le leadership en matière d'ÉDI dans l'ensemble de l'institution.
10. **Inciter le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à procéder à une révision de la formation « Sensibilisation aux réalités autochtones », en incluant d'autres experts sur les questions autochtones.**

10. CONCLUSION

L'harmonisation entre les recommandations préliminaires et finales du C-AIDE témoigne de la similitude et de la crédibilité des expériences partagées par un large éventail de parties prenantes du CUSM au cours des phases d'évaluation quantitative et qualitative de cette étude. Les résultats offrent une preuve évidente que l'« appel à l'action » lancé par la direction du CUSM il y a deux ans était justifié. Les résultats de cette étude et les expériences vécues par les participants ne visent pas à pointer du doigt, mais plutôt à reconnaître l'existence de diverses attitudes de racisme, de préjugés, de discrimination et de xénophobie dans l'ensemble du CUSM et de l'IR-CUSM, et à proposer des solutions pour rendre les établissements plus inclusifs, plus équitables et plus diversifiés sur le plan socioculturel, dans l'intérêt des patients desservis et de la main-d'œuvre.

Ayant eu l'immense privilège d'écouter, d'entendre et d'apprendre les expériences vécues par un large éventail de parties prenantes du CUSM, dont beaucoup se sentent invisibles ou inaudibles, le C-AIDE ne pourra pas oublier ce qu'il a vu ni entendu. Comme l'a dit un jour la regrettée Maya Angelou : « Faites de votre mieux jusqu'à ce que soyez mieux informé. Puis, quand vous en saurez plus, faites mieux. » La direction du CUSM a raison. Nous pouvons – et devons – faire mieux.

Le taux de confiance combiné global (« plutôt, très ou extrêmement confiant ») dans la capacité des dirigeants du CUSM (84,7 %) et de l'IR-CUSM (94,3 %) à créer un environnement de travail inclusif, ainsi que la profonde appréciation de la passion et de l'engagement des équipes cliniques du CUSM à fournir d'excellents soins aux patients, tels qu'exprimée par la majorité des répondants au sondage, témoignent de la volonté des intervenants du CUSM de relever ces défis en collaboration. À cette fin, le C-AIDE espère que le conseil d'administration et la haute direction du CUSM adopteront et mettront rapidement en œuvre les recommandations de cette étude, fondées sur des données probantes et inspirées par la communauté, afin d'optimiser la santé et le bien-être de **toutes** les parties prenantes du CUSM, en se faisant les champions des meilleures pratiques en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et d'indigénéité.

Avant l'achèvement de ce rapport, une source inconnue a divulgué une version provisoire à un média. La couverture médiatique qui s'en est suivie a été malheureuse, car le rapport était incomplet et non définitif. En contrepartie, cela a eu pour effet d'augmenter le nombre de voix du CUSM qui ont communiqué avec le C-AIDE et/ou les coprésidentes du C-AIDE pour leur faire part d'autres formes de discrimination et de racisme auxquelles ils ont été confrontés.

L'étude a peut-être pris fin et le rapport a peut-être été rédigé, mais les problèmes persistent, tout comme l'important besoin d'agir en matière d'inclusion, de diversité et d'équité. Un pas en avant audacieux a été fait avec ce rapport et il y a tout lieu de croire que le courage dont font déjà preuve le conseil d'administration et la direction du CUSM se traduira par des pratiques de pointe en matière d'ÉDI à tous les niveaux de l'institution.

11. GLOSSAIRE DES TERMES

« **Autochtone** » : Les termes « autochtone », « peuple autochtone » ou « groupe autochtone » font référence au fait que la personne est membre des Premières Nations (Indien d'Amérique du Nord), Métis et/ou Inuk (Inuit) ou toute autre identité connexe (Statistique Canada, 2021a). Les personnes autochtones s'identifient comme étant des descendants des peuples originaux de ce qui est actuellement connu comme le Canada (Gouvernement de l'Ontario, 2022).

« **Diversité de façade** » : désigne le fait de faire quelque chose uniquement pour montrer que l'on suit les règles ou que l'on fait ce qui est attendu ou considéré comme juste, et non parce que l'on croit vraiment que c'est la bonne chose à faire. (<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/tokenism>)

« **Genre** » : fait référence à l'identité personnelle et sociale d'un individu en tant qu'homme, femme ou personne non binaire (une personne qui n'est pas exclusivement un homme ou une femme). Le genre d'une personne peut différer de son sexe à la naissance et de ce qui est indiqué sur ses documents d'identité ou juridiques actuels, comme son certificat de naissance, son passeport ou son permis de conduire. Le genre d'une personne peut changer avec le temps (Statistique Canada, 2021d).

« **Langue maternelle ou langue natale** » : désigne la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par la personne au moment de la collecte des données. Une personne a deux langues maternelles (ou langues natales) si les deux langues ont été apprises en même temps et sont toujours comprises par la personne (Statistique Canada, 2021e).

« **Minorités d'orientation sexuelle et d'identité de genre (2SLGBTQIA+)** » désigne les personnes dont l'orientation sexuelle est autre qu'hétérosexuelle et/ou les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été attribué à la naissance. 2SLGBTQIA+ est l'acronyme de « bispirituel, lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou en questionnement, intersexe, asexuel ou autres ».

« **Minorités ethniques** » : fait référence aux personnes d'une race ou d'une nationalité particulière vivant dans un pays ou une région où la plupart des gens sont d'une race ou d'une nationalité différente.

« **Origine ethnique** » : fait référence aux origines ethniques ou culturelles des ancêtres de la personne. Un ancêtre est généralement plus éloigné qu'un grand-parent (Statistique Canada, 2021b).

« **Personnes handicapées** » : fait référence aux personnes atteintes d'une déficience physique, mentale, sensorielle, psychiatrique ou d'apprentissage durable, persistante ou récurrente et qui se considèrent désavantagées dans l'emploi ou dans d'autres situations en raison de cette déficience et des limitations fonctionnelles qu'elle entraîne, ou qui croient qu'un employeur pourrait les considérer comme désavantagées. Les personnes handicapées comprennent également celles qui bénéficient ou devraient bénéficier d'aménagements dans leur emploi actuel en raison de leurs limitations fonctionnelles (p. ex. : le recours à des aides techniques, de modifications de l'équipement ou d'autres arrangements de travail) (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2013).

« **Personnes racisées/minorités visibles** » : désigne les personnes de couleur (à l'exclusion des peuples autochtones) qui ne sont pas de race blanche ou dont la peau n'est pas de couleur blanche (Statistique Canada, 2021c).

« **Sexe à la naissance** » : fait référence au sexe assigné à la naissance. Le sexe à la naissance est généralement attribué en fonction de l'appareil reproducteur et d'autres caractéristiques physiques de la personne (Statistique Canada, 2021f).

12. RÉFÉRENCES

1. Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). *Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants*. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 160940691987459. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
2. Awan, I., & Zempi, I. (2020). *A Working Definition of Islamophobia: A Briefing Paper, Preparation for the report to the 46th Session of Human Rights Council*. 46th Session of Human Rights Council. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Religion/Islamophobia-AntiMuslim/Civil%20Society%20or%20Individuals/ProfAwan-2.pdf>
3. Black Health Alliance. (s.d.). *Anti-Black Racism*. Consulté le 13 juin 2022 sur le site <https://blackhealthalliance.ca/home/antiblack-racism/>
4. Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
5. Fondation canadienne des relations raciales. (s.d.). *Systemic Racism*. Consulté le 13 juin 2022 sur le site <https://www.crrf-fcrr.ca/en/resources/glossary-a-terms-en-gb-1/item/27263-systemic-racism>
6. Cook, K. (2016). *Gender Bias*. In A. Wong, M. Wickramasinghe, Renee Hoogland, & N. A. Naples (Eds.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies* (pp. 1–2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118663219.wbegss212>
7. Dickson, C., & Watson, B. (27 mai 2021). *Remains of 215 children found buried at former B.C. residential school, First Nation says*. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/tk-emlúps-te-secwépepmc-215-children-former-kamloops-indian-residential-school-1.6043778>
8. George Washington University. (5 novembre 2020). *Equity vs. Equality: What's the Difference?* <https://onlinepublichealth.gwu.edu/resources/equity-vs-equality/>
9. Gouvernement du Canada. (11 mai 2022). *Addressing anti-Asian racism*. <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/campaigns/asian-heritage-month/anti-asian-racism.html>
10. Gouvernement de l'Ontario. (2022). *Data Standards for the Identification and Monitoring of Systemic Racism*. Gouvernement de l'Ontario. <https://www.ontario.ca/document/data-standards-identification-and-monitoring-systemic-racism/glossary>
11. Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). *A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research*. *PLOS ONE*, 15(5), e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
12. Haddad, N., Weeks, A., Robert, A., & Totten, S. (2021). *HIV Surveillance Report 2019 (Volume 47-01, January 2021: Foodborne and Animal Contact Disease Outbreaks; Canada Communicable Disease Report)*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-1-january-2021/ccdrv47i01a11-eng.pdf>
13. Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2019). *Qualitative research methods* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.

14. Hou, F., Lu, Y., & Schimmele, C. (2019). *Recent Trends in Over-education by Immigration Status* (11F0019M No. 436; *Analytical Studies Branch Research Paper Series*). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11f0019m/11f0019m20124-eng.pdf?st=gKrNHfPD>
15. Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (2013). *Federal Disability Reference Guide*. Ressources humaines et Développement des compétences Canada. https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/migration/documents/eng/disability/arc/reference_guide.pdf
16. Loi sur la laïcité de l'État (projet de loi 21), Ministre de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 42^e législature, 1^{re} session (2019). <https://ccla.org/wp-content/uploads/2021/09/2019-06-16-Bill-21-Passes-and-Becomes-Law.pdf>
17. Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français (projet de loi 96), Ministre responsable de la Langue française, 42^e législature, 2^e session (2022). <http://m.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-96-42-1.html>
18. Loppie, S., Reading, C., & Leeuw, de S. (2020). *Social Determinants of Health: Indigenous Experiences with Racism and its impact*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-Racism2-Racism-Impacts-EN.pdf>
19. MAXQDA. (21 avril 2021). *Grounded Theory Analysis with MAXQDA: Step-By-Step Guide*. <https://www.maxqda.com/blogpost/grounded-theory-analysis>
20. Nario-Redmond, M. R. (2020). *Ableism: The causes and consequences of disability prejudice*. Wiley-Blackwell.
21. Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). *Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria*. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
22. Commission ontarienne des droits de la personne. (s.d.). *Racism and racial discrimination: Systemic discrimination (fact sheet)*. Consulté le 9 juin 2022 sur le site <https://www.ohrc.on.ca/en/racism-and-racial-discrimination-systemic-discrimination-fact-sheet>
23. Commission ontarienne des droits de la personne. (2022a). *Part I – The context: Sexual orientation, human rights protections, case law and legislation*. <https://www.ohrc.on.ca/en/policy-discrimination-and-harassment-because-sexual-orientation/part-i—context-sexual-orientation-human-rights-protections-case-law-and-legislation>
24. Commission ontarienne des droits de la personne. (2022b). *Religious rights (fact sheet)*. <https://www.ohrc.on.ca/en/religious-rights-fact-sheet>
25. Planned Parenthood. (2022). *Sexual Orientation: What is homophobia?* <https://www.plannedparenthood.org/learn/sexual-orientation/sexual-orientation/what-homophobia>
26. Race Matters Institute, & Paula Dressler. (2 avril 2014). *Racial Equality or Racial Equity? The Difference it Makes*. <http://viablefuturescenter.org/racemattersinstitute/2014/04/02/racial-equality-or-racial-equity-the-difference-it-makes/>

27. Rothchild, J. (2014). Gender Bias. In G. Ritzer (Ed.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology* (p. wbeosg011.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosg011.pub2>
28. Statistique Canada. (2021a). *Indigenous group of person*. Statistique Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=1324435>
29. Statistique Canada. (2021b). *Ethnic origin of person*. Statistique Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=103475>
30. Statistique Canada. (2021c). *Visible minority of person*. Statistique Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=45152>
31. Statistique Canada. (2021d). *Gender of person*. Statistique Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=410445>
32. Statistique Canada. (2021e). *Mother tongue of person*. Statistique Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=34023>
33. Statistique Canada. (2021f). *Sex at birth of person*. Statistique Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var.pl?Function=DEC&Id=24101>
34. The New York Times. (19 mai 2022). *How George Floyd Died, and What Happened Next*. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/article/george-floyd.html>
35. Urban Dictionary. (n.d.). *Ableism*. En ligne. Consulté le 9 juin 2022 sur le site <https://www.urbandictionary.com/define.php?term=Ableism>
36. Wabano Centre for Aboriginal Health in Partnership with the Ottawa Aboriginal Coalition. (2022). *Share Your Story Indigenous-Specific Racism in Health Care Across the Champlain Region: Full Report* (p. 112). <https://wabano.com/wp-content/uploads/2022/05/ShareYourStory-FullReport-EN.pdf>
37. Wang, H., & Moreau, G. (2022). *Police-reported hate crime in Canada, 2020*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2022001/article/00005-eng.pdf?st=tb9GLvha>
38. Organisation mondiale de la santé. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March 2020*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
39. Organisation mondiale de la santé. (18 mars 2021). *Ageing: Ageism*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
40. Zambrana, R. E., & Williams, D. R. (2022). *The Intellectual Roots Of Current Knowledge On Racism and Health: Relevance To Policy And The National Equity Discourse: Article examines the roots of current knowledge on racism and health and relevance to policy and the national equity discourse*. *Health Affairs*, 41(2), 163–170. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01439>
41. Société canadienne de pédiatrie : *Anti-racism Policy* <https://cps.ca/uploads/advocacy/2021 Dec CPS Antiracism Policy EN.pdf>

42. *UHN Anti-Racism and Anti-Black Racism*
https://www.uhn.ca/Pages/PageNotFoundError.aspx?requestUrl=https://www.uhn.ca/corporate/AboutUHN/Governance_Leadership/Policies/Documents/1.20.019Anti_black_Racism_policy.pdf
43. Black Lives Matter au CUSM. PDF du Comité SCSl disponible sur demande ou en effectuant une recherche sur le portail du CUSM
44. L'histoire, la santé et la culture autochtones. Réflexion sur les visions du monde autochtone au CUSM : la marche à suivre. PDF disponible sur demande
45. *Equity Standards in Health Care 2014*. Chiarenza et al
https://www.researchgate.net/publication/262259058_Equity_Standards_in_Health_Care_2014
46. *Standards for Equity in Healthcare Provision and Utilisation: Pilot Test in Sixteen Countries*. Chiarenza et al
https://www.researchgate.net/publication/342663525_Standards_for_Equity_in_Healthcare_Provision_and_Utilisation_Pilot_Test_in_Sixteen_Countries
47. Symposium sur l'équité en santé : Hôpital de Montréal pour enfants ACCÉSSS
https://www.thechildren.com/departments-and-staff/departments/department-of-sociocultural-consultation-and-interpretation_07
48. Embedding Policy, Practice and Participation Symposium report
https://www.thechildren.com/sites/default/files/report_final_english_may_18.pdf
49. *Communities for Restorative justice: Success Data* <https://www.c4rj.org/what-is-restorative-justice/success-data>
50. *The Effectiveness of Restorative Justice Practices: A Meta-Analysis* https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sic/jsp-sjp/rp01_1-dr01_1/p7.html
51. *The Use of Campus Based Restorative Justice Practices to Address Incidents of Bias: Facilitators' Experiences*. D Anderson <https://scholarworks.uno.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3638&context=td>
52. *Epistemic injustice in workplace hierarchies: Power, knowledge and status*. Kwok
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0191453720961523>
53. *Epistemic injustice and hegemonic ordeal in management and organization studies: Advancing Black scholarship* <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00187267211014802>
54. *Kid and Carel: Epistemic Injustice and Illness*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5324700/#japp12172-sec-0007title>
55. *Hybrid Workplaces and Epistemic Injustice* Boyd
<https://www.prindleinstitute.org/2021/05/hybrid-workplaces-and-epistemic-injustice/>
56. *Epistemic injustice and hegemonic ordeal in management and organization studies: Advancing Black scholarship* <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00187267211014802>

57. Répertoire du C-AIDE : Plus de 300 ressources couvrant les pratiques de pointe, les communautés noires, les femmes dans le domaine de la médecine et des soins de santé, le capacitisme et les handicaps, les peuples autochtones, l'ÉDI dans le secteur des soins de santé au Canada, l'équité en matière de santé, l'information sur les interprètes, le racisme, les politiques du CUSM, les plans en matière d'ÉDI, les initiatives en matière d'ÉDI, la communauté 2SLGBTQIA+, le contenu des webinaires sur la formation à la sécurité culturelle, etc.
58. Akeem Scott: <https://montrealgazette.com/news/local-news/brother-of-man-left-in-pain-in-er-wonders-if-racial-profiling-was-at-play>
59. Mireille Ndjomouo <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-woman-mireille-dnjomouo-video-hospital-transfer-coroner-report-1.6260899>

