

Pour regarder une version archivée de cette présentation, cliquer sur le lien ci-après:

<http://pho.adobeconnect.com/pb2c5kpiuvuw/>

Faire défiler le curseur vers le bas pour consulter les diapositives de la séance. Cet enregistrement n'est disponible qu'en anglais.

Avertissement

Ce document a été créé par l'auteur et/ou par une organisation externe. Il est publié sur le site web de Santé publique Ontario (SPO) pour une utilisation publique, comme indiqué dans les conditions d'utilisation de notre site web. SPO ne possède pas le contenu de ce document. Toute application ou utilisation de l'information contenue dans ce document relève de la responsabilité de l'utilisateur. SPO décline toute responsabilité résultant d'une telle application ou utilisation.

Conseils utiles pour visionner la présentation :

- Le format de présentation par défaut inclut l'index de l'événement. Pour fermer l'index, cliquer sur l'icône suivant  et fermer.
- Pour visualiser la présentation en mode plein écran, cliquer sur  au haut de l'écran partagé, à droite

Formation scientifique SPO : Reconnaître et combattre la haine et le racisme en tant que problématique de santé publique

D^{re} Aletha Maybank

29 septembre 2020

Divulgations

- Aucun des présentateurs nommés dans ce document n'a reçu d'aide financière ni de soutien en nature de la part d'un commanditaire commercial.
- Les présentateurs n'ont aucun conflit d'intérêts potentiel à déclarer.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Reconnaître la haine et le racisme en tant que problématique de santé publique et les façons de les identifier dans ce contexte
- Décrire les mesures que peuvent prendre les services de santé publique pour remédier à la situation
- Explorer des méthodes et approches potentielles pour combattre la haine et le racisme

Traduction des ressources

La traduction des ressources externes est disponible sur demande.



Le racisme est une crise de santé publique

Santé publique Ontario
29 septembre 2020

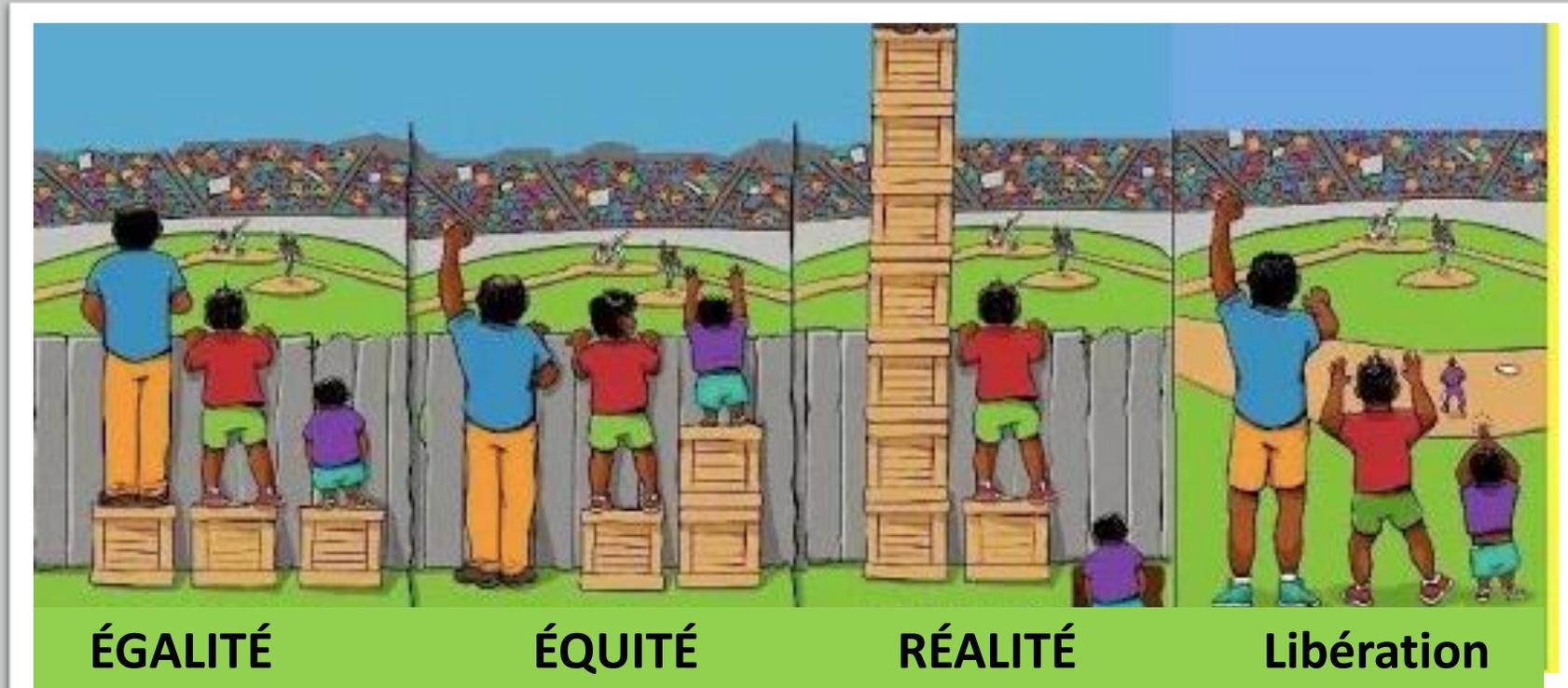
Aletha Maybank, MD, maîtrise en santé publique
Responsable de l'équité en matière de santé, vice-présidente de groupe
American Medical Association

Honorer les peuples autochtones





@the15WhiteCoats
utilisation autorisée de la photo

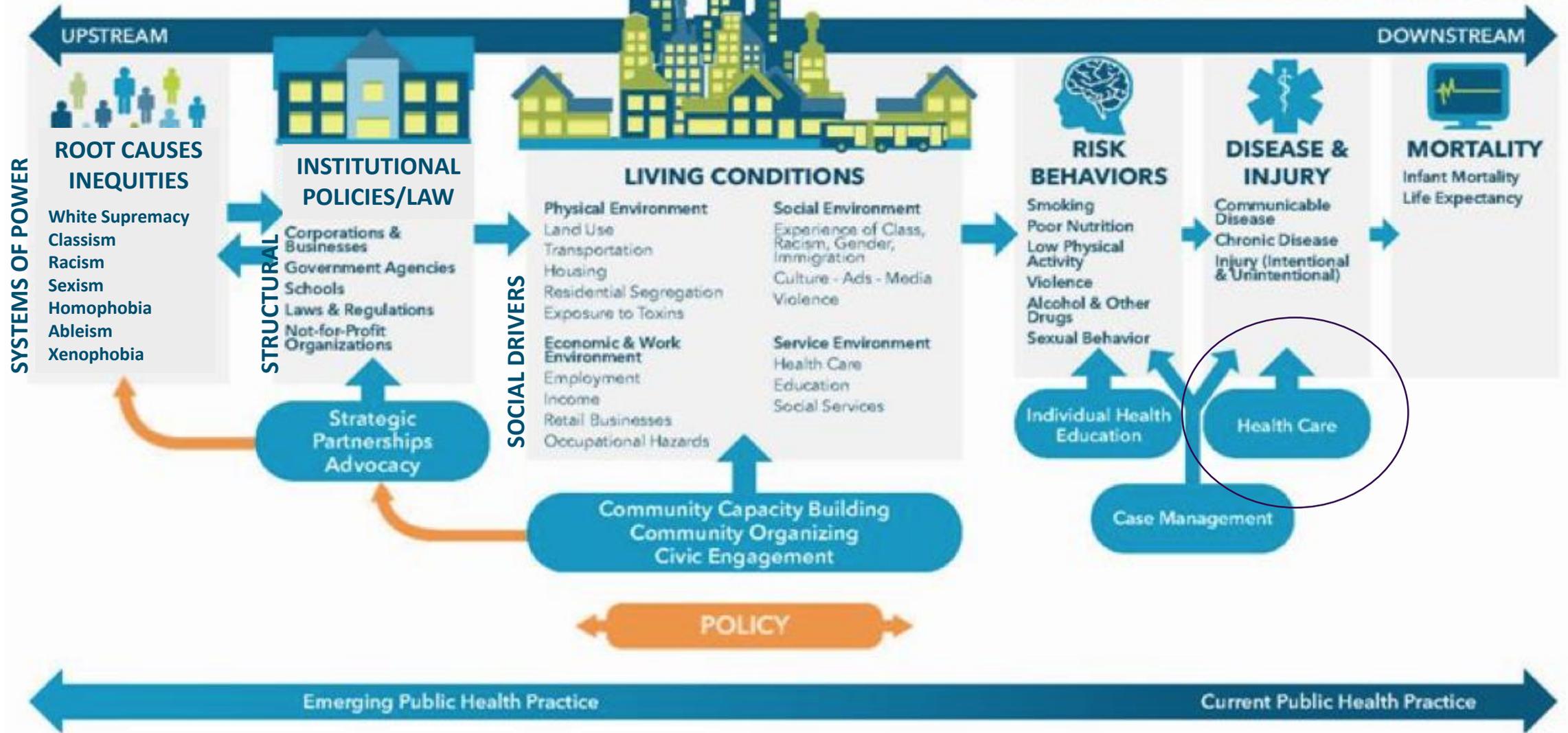


Que signifie l'équité en matière de santé?

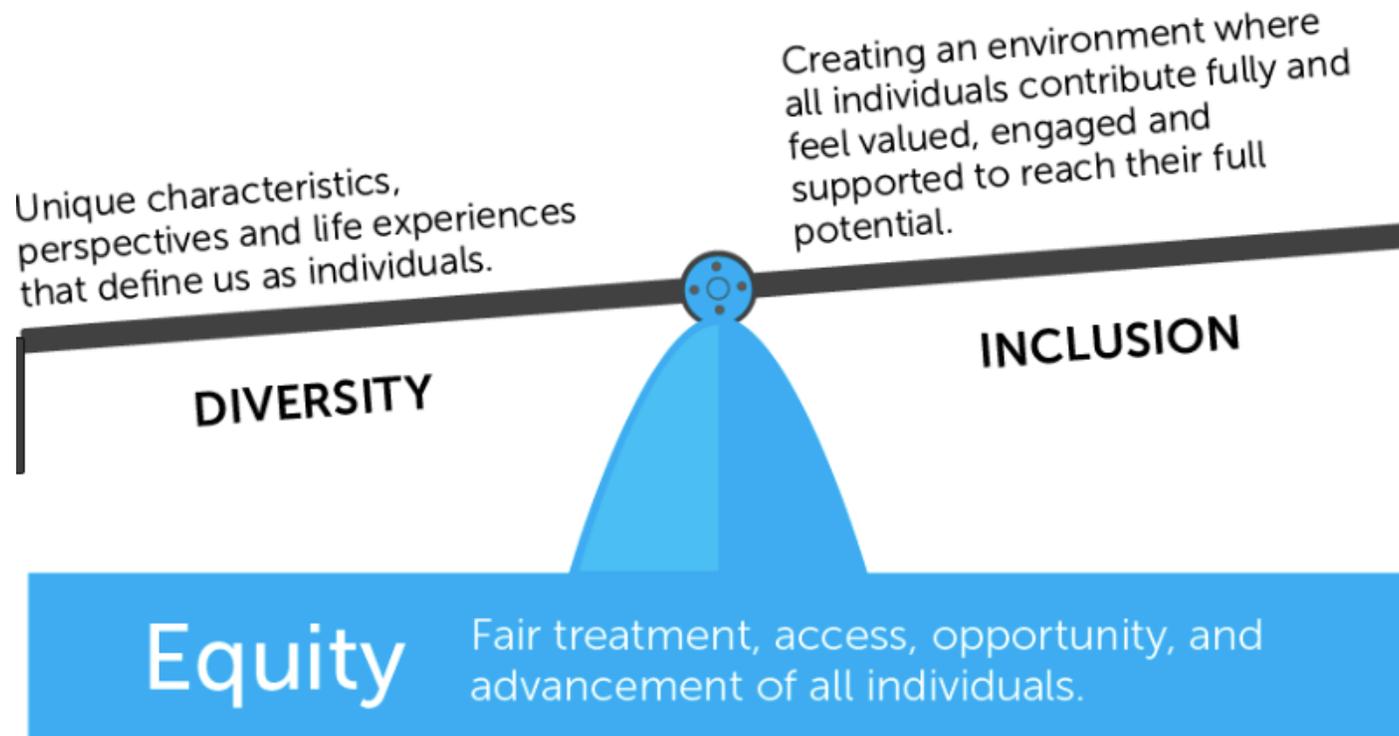
Avoir les conditions, ressources, occasions et possibilités d'atteindre et de maintenir un état de santé optimal.

Les bases de la santé

A PUBLIC HEALTH FRAMEWORK FOR REDUCING HEALTH INEQUITIES
BAY AREA REGIONAL HEALTH INEQUITIES INITIATIVE



Adapté du cadre conceptuel de la Bay Area Regional Health Inequities Initiative (BARHII), 2006



« Nous devons tout d'abord exiger l'inclusion et le **pouvoir** dans les écoles et les programmes de santé publique – ne serait-ce que pour faire respecter nos droits civils fondamentaux... Cessons l'utilisation de jargon du genre "compétence culturelle" ou "diversité et inclusion". C'est une forme de racisme. »

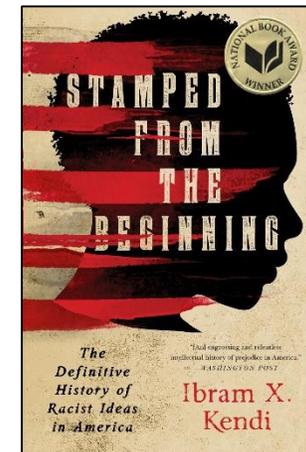
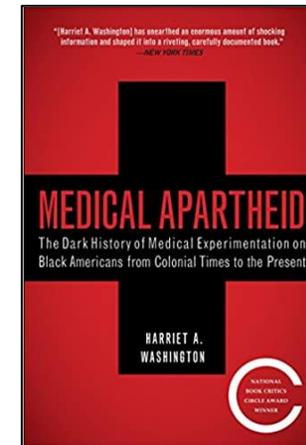
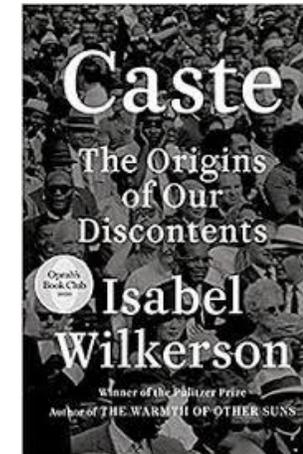
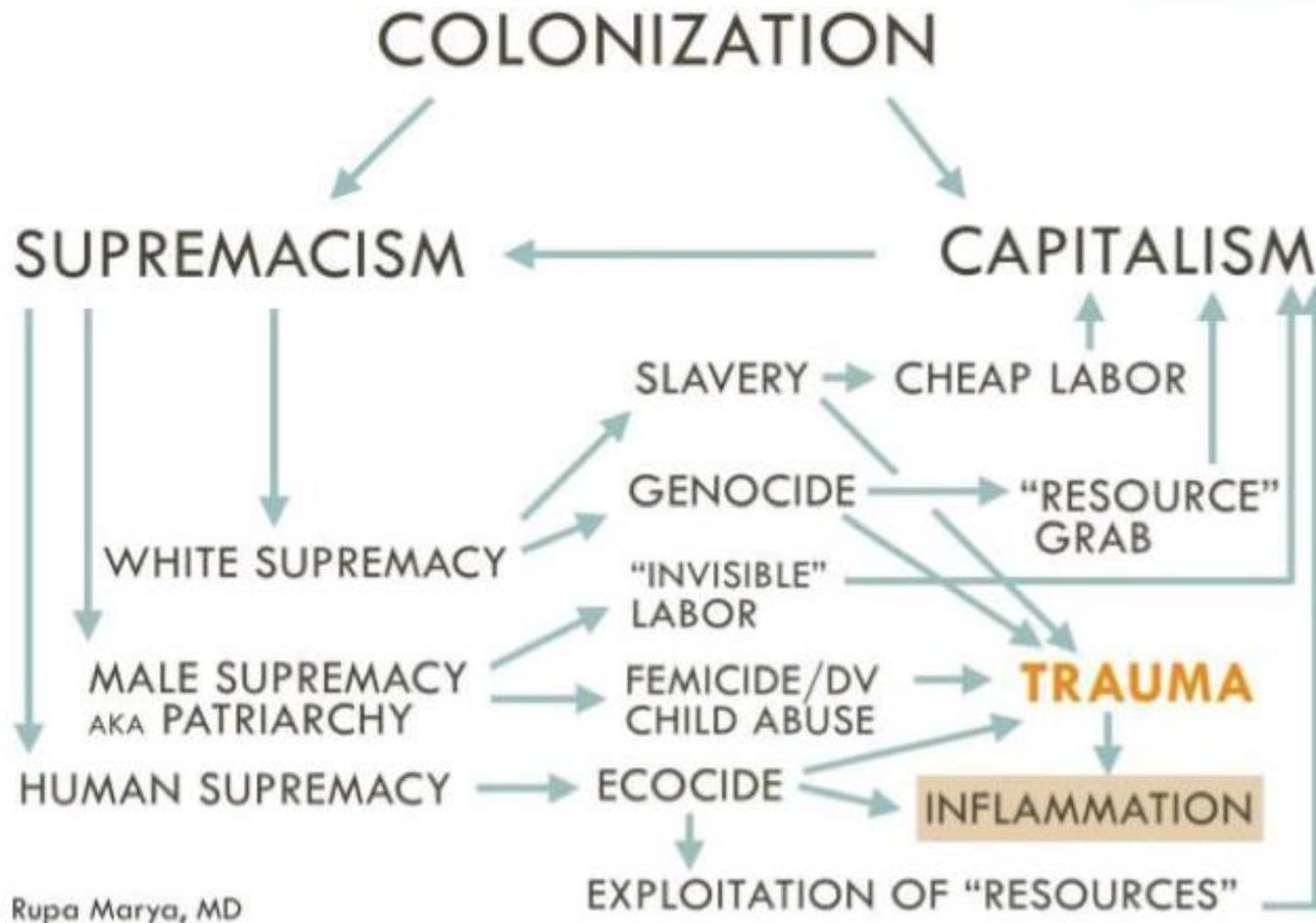
Jesus Ramirez-Valles,
Institut sur l'équité en matière
de santé, Université d'État de
San Francisco,
**Public Health Has an Equity
Problem: A Latinx Voice**
11 septembre 2020

Comment expliquer les iniquités en matière de santé?

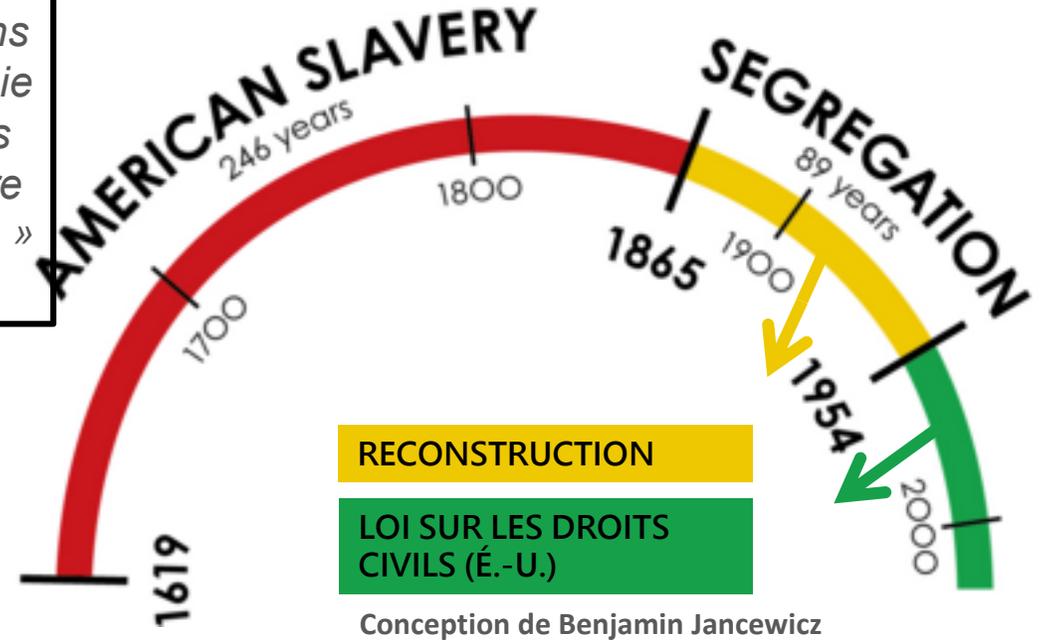
Termes	Définition courante	Populations ciblées
Déterminants structurels / iniquités liées aux DSS	<p>« <i>Les causes des causes</i> »</p> <p>Le climat, le contexte socioéconomique et politique (p. ex., les normes sociétales et macroéconomiques et les politiques sur la santé) et les mécanismes structurels qui façonnent la hiérarchie et les échelons sociaux (p. ex., le pouvoir, la classe sociale, le racisme, le sexisme et l'exclusion).</p>	Villes, États, nations, ou la planète, normalement définis par les compétences politiques, barrières culturelles ou relations économiques
Déterminants sociaux de la santé (DSS)	<p>« <i>Les causes de la mauvaise santé</i> »</p> <p>Conditions sociales, économiques et physiques sous-jacentes dans la communauté où les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les systèmes qui offrent des services de santé et sociaux à une communauté sont en soi des DSS. • À titre de déterminants intermédiaires, les DSS façonnent les caractéristiques individuelles et les conditions psychosociales, ainsi que certains facteurs biologiques et comportementaux. 	Communautés et régions habituellement définis par la géographie
Besoins sociaux / besoins sociaux liés à la santé	<p>« <i>Les effets des causes</i> »</p> <p>Conditions nécessaires sur le plan des ressources matérielles et de la situation psychosociale pour assurer la santé physique et mentale et le bien-être à long terme des individus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressources matérielles : conditions de vie et de travail, facteurs comme le logement, l'alimentation, l'eau, l'air, la salubrité. • Situation psychosociale : facteurs de stress comme les épreuves, les conditions de vie difficiles et le manque de soutien social. 	Individus ou populations spécifiques habituellement définis par attribution

Source : HealthBegins 2020. 1. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, rapport final, Genève, Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2008.

“To understand the root causes of the pathologies we see today, which impact all of us but affect Brown, Black and Poor people more intensely, we have to examine the foundations of this society which began with COLONIZATION.... Colonization was the way the extractive economic system of Capitalism came to this land, supported by systems of supremacy and domination which are a necessary part to keep wealth and power accumulated in the hands of the colonizers and ultimately their financiers.” — [Dr. Rupa Marya](#)



« Le racisme est probablement la tradition la plus ancienne de l'Amérique et était présent avant même la fondation des États-Unis. Ce sont en effet le colonialisme et le génocide autochtone qui ont entraîné l'appropriation des terres sur lesquelles s'est érigé le pays. Les humains réduits à l'esclavage ont servi de capital pour faire naître cette économie basée sur des terres volées. Malgré des siècles d'avancées juridiques pour l'extraire des fondements de cette république, le racisme demeure une force destructrice qui définit chaque facette de la vie en Amérique. »
 (traduction libre) – Boyd, Lindo, Weeks, McLemore



Le racisme est un système de pouvoir et d'oppression qui **structure les possibilités** des individus et leur **assigne une valeur en fonction de leur race**. Cela désavantage injustement les personnes de couleur (oppression raciale), tout en avantageant injustement les Blancs (privilège et suprématie de la race).
 Internalisé-interpersonnel-institutionnel-structurel

INDIAN LAND FOR SALE

GET A HOME
 OF
 YOUR OWN
 *
 EASY PAYMENTS



PERFECT TITLE
 *
 POSSESSION
 WITHIN
 THIRTY DAYS

FINE LANDS IN THE WEST
 IRRIGATED IRRIGABLE GRAZING AGRICULTURAL DRY FARMING

America: Equity and Equality in Health 3



Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions

Zinzi D Bailey, Nancy Krieger, Madina Agénor, Jasmine Graves, Natalia Linos, Mary T Bassett

Despite growing interest in understanding how social factors drive poor health outcomes, many academics, policy makers, scientists, elected officials, journalists, and others responsible for defining and responding to the public discourse remain reluctant to identify racism as a root cause of racial health inequities. In this conceptual report, the third in a Series on equity and equality in health in the USA, we use a contemporary and historical perspective to discuss research and interventions that grapple with the implications of what is known as structural racism on

Lancet 2017; 389: 1453-63
See Editorial page 1369
See Comment pages 1376 and 1378
This is the third in a Series of

population health, discrimination, media, health care, and distribution approach towards

Introduction

Racial and health inequities, are have been a founding of co abound over e report, we off medical litera sciences, by fo a key determin this determin

« ... les façons dont les iniquités raciales historiques et contemporaines liées aux résultats en matière de santé sont perpétuées par les systèmes sociaux, économiques et politiques, y compris des secteurs qui se renforcent mutuellement comme les soins de santé, l'éducation, le logement, l'emploi, les médias et la justice criminelle. Cela crée des différences systémiques au niveau des possibilités offertes en fonction de la race. »

a range of disciplines and sectors, including but not limited to medicine, public health, housing, and human

argument is that a focus on structural racism is essential to advance health equity and improve population health.

See Online for infographic www.thelancet.com/

Panel 2: Pathways between racism and health^{9,12,13,16-18}

Economic injustice and social deprivation^{9,9,12,32-35}

Examples include residential, educational, and occupational segregation of marginalised, racialised groups to low-quality neighbourhoods, schools, and jobs (both historical de jure discrimination and contemporary de facto discrimination), reduced salary for the same work, and reduced rates of promotion despite similar performance evaluations

Environmental and occupational health inequities^{9,36-38}

Examples include strategic placement of bus garages and toxic waste sites in or close to neighbourhoods where marginalised, racialised groups predominantly reside, selective government failure to prevent lead leaching into drinking water (as in Flint, MI, in 2015-16), and disproportionate exposure of workers of colour to occupational hazards

Psychosocial trauma^{9,15,16,18}

Examples include interpersonal racial discrimination, micro-aggressions (small, often unintentional racial slights and insults, such as a judge asking a black defence attorney "Can you wait outside until your attorney gets here?"), and exposure to racist media coverage, including social media

Targeted marketing of health-harming substances^{9,30,39}

Examples include legal substances such as cigarettes and sugar-sweetened beverages, and illegal substances such as heroin and illicit opioids

Inadequate health care^{9,27,40-45}

Examples include inadequate access to health insurance and health-care facilities, and substandard medical treatment due to implicit or explicit racial bias or discrimination

State-sanctioned violence and alienation from property and traditional lands^{9,21,30,46-48}

Examples include police violence, forced so-called urban renewal (the use of eminent domain to force the relocation of urban communities of colour), and the genocide and forced removal of Native Americans

Political exclusion^{49,50}

Examples include voter restrictions (eg, for former felons and through identification requirements)

Maladaptive coping behaviours^{9,16,18}

Examples include increased tobacco and alcohol consumption on the part of marginalised, racialised groups

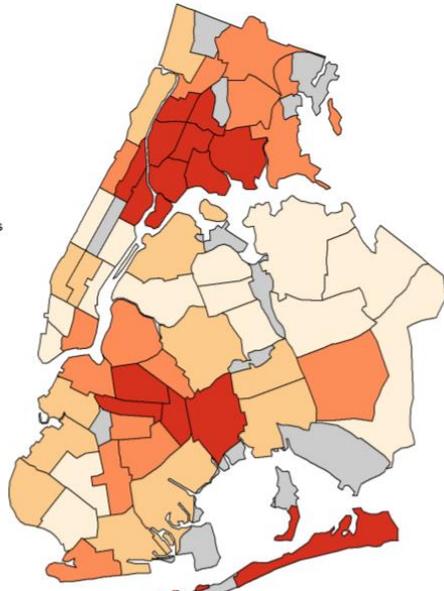
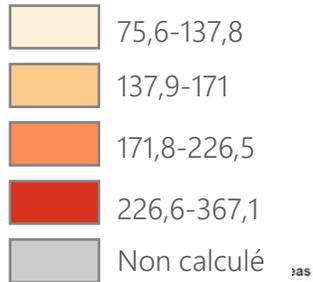
Stereotype threats¹⁵⁻¹⁸

Examples include stigma of inferiority, leading to physiological arousal, and an impaired patient-provider relationship

New York – Répartition par quartier

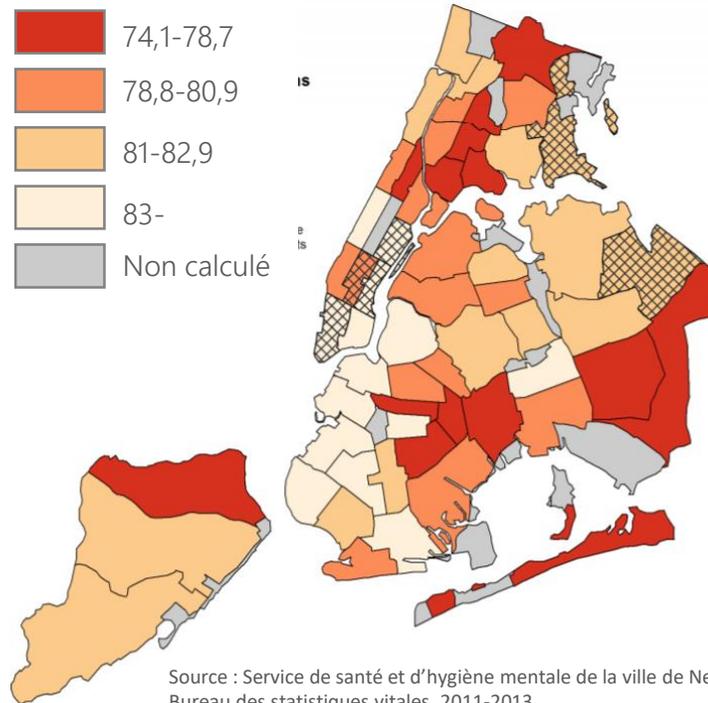
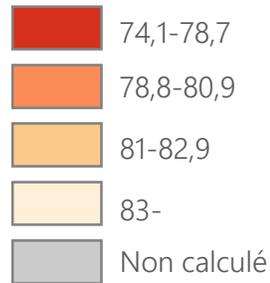
TAUX ÉLEVÉ DE DÉCÈS PRÉMATURÉS

Décès prématurés (avant l'âge de 65 ans) Taux par population de 100 00



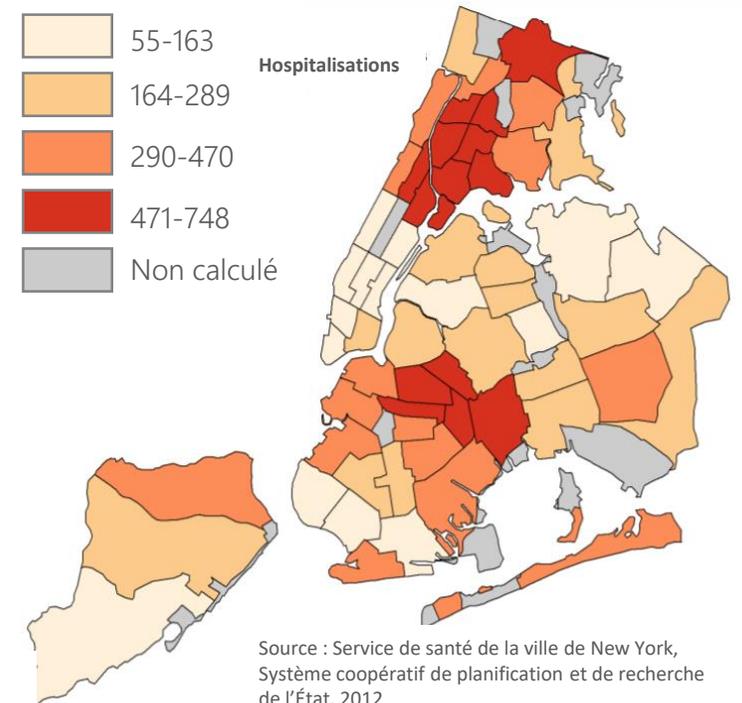
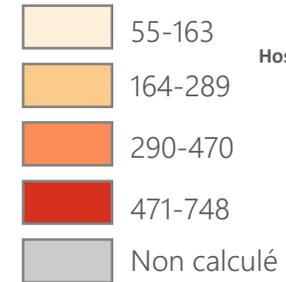
Source : Service de santé et d'hygiène mentale de la ville de New York, Bureau des statistiques vitales, 2009-2013

Espérance de vie
En années



Source : Service de santé et d'hygiène mentale de la ville de New York, Bureau des statistiques vitales, 2011-2013

Hospitalisations évitables pour diabète de type 2
Taux par 100 00 adultes



Source : Service de santé de la ville de New York, Système coopératif de planification et de recherche de l'État, 2012

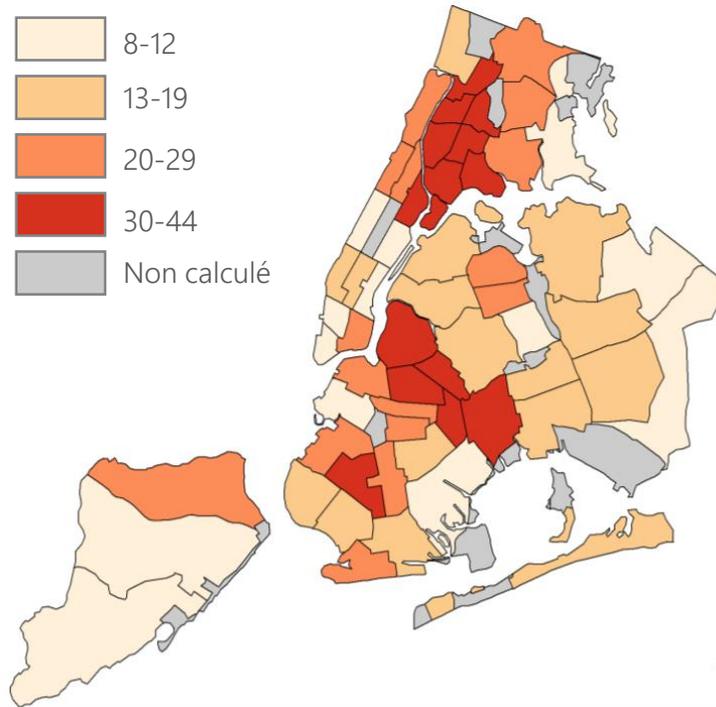
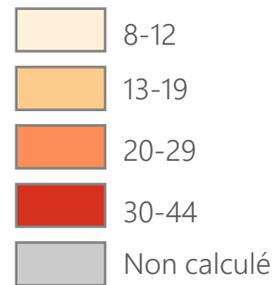
Source : Service de santé de la ville de New York : Profil de santé de la collectivité – Atlas 2015

Répartition par quartier

DIFFÉRENCES AU PLAN DES CONDITIONS SOCIALES

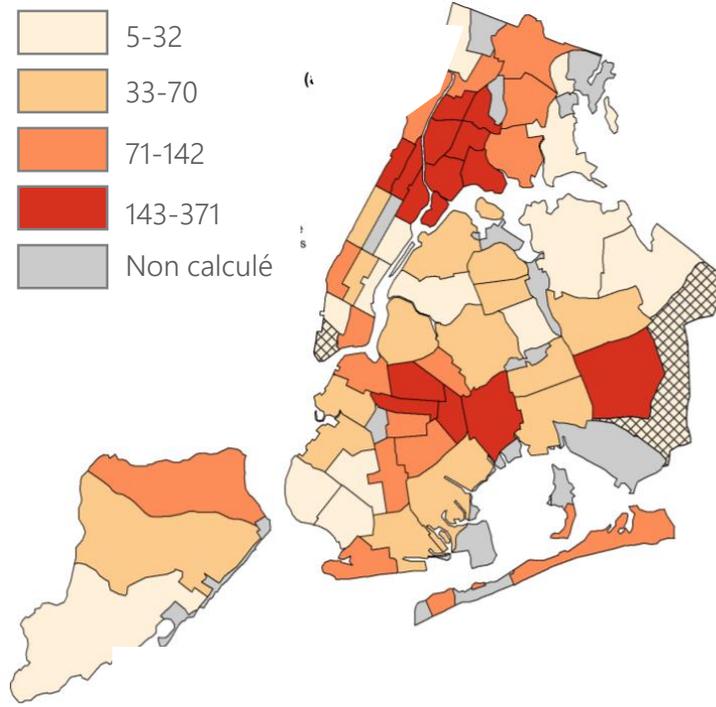
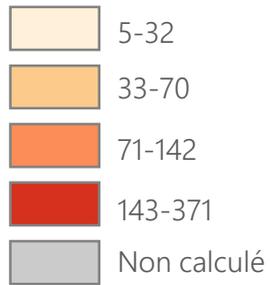
Pauvreté

Pourcentage sous le taux fédéral de pauvreté



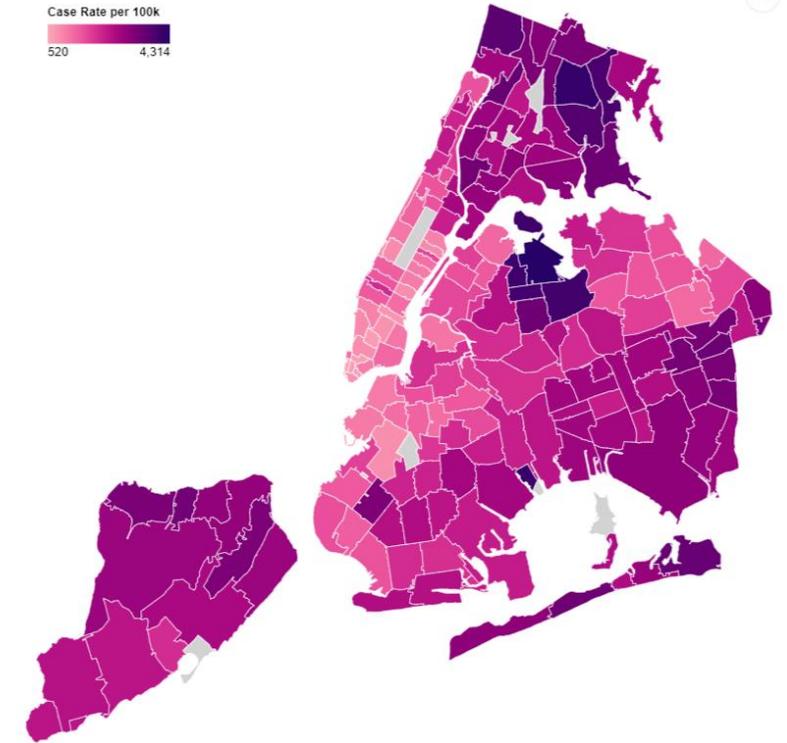
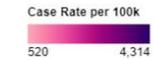
Détention carcérale

Taux par 100 00 adultes (16 ans et plus)



Taux d'infection à la COVID

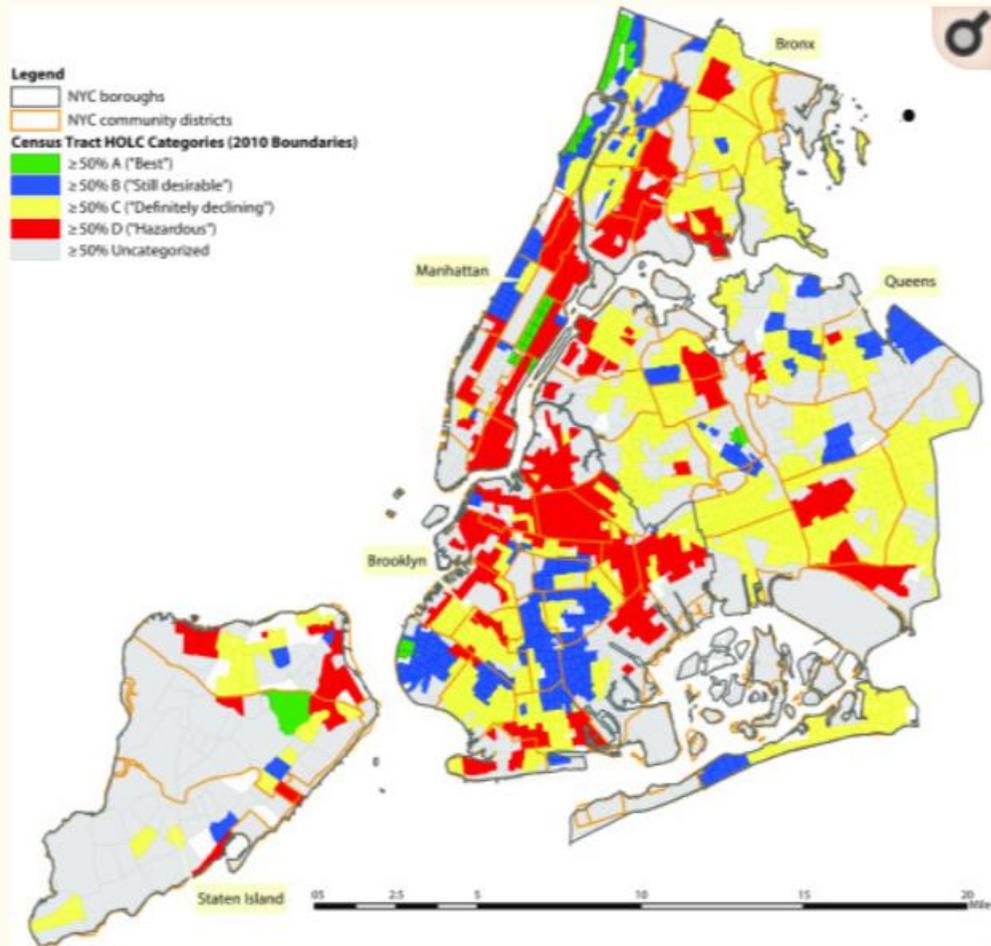
Taux par 100 00 adultes (16 ans et plus)



Source : <https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-data.page>

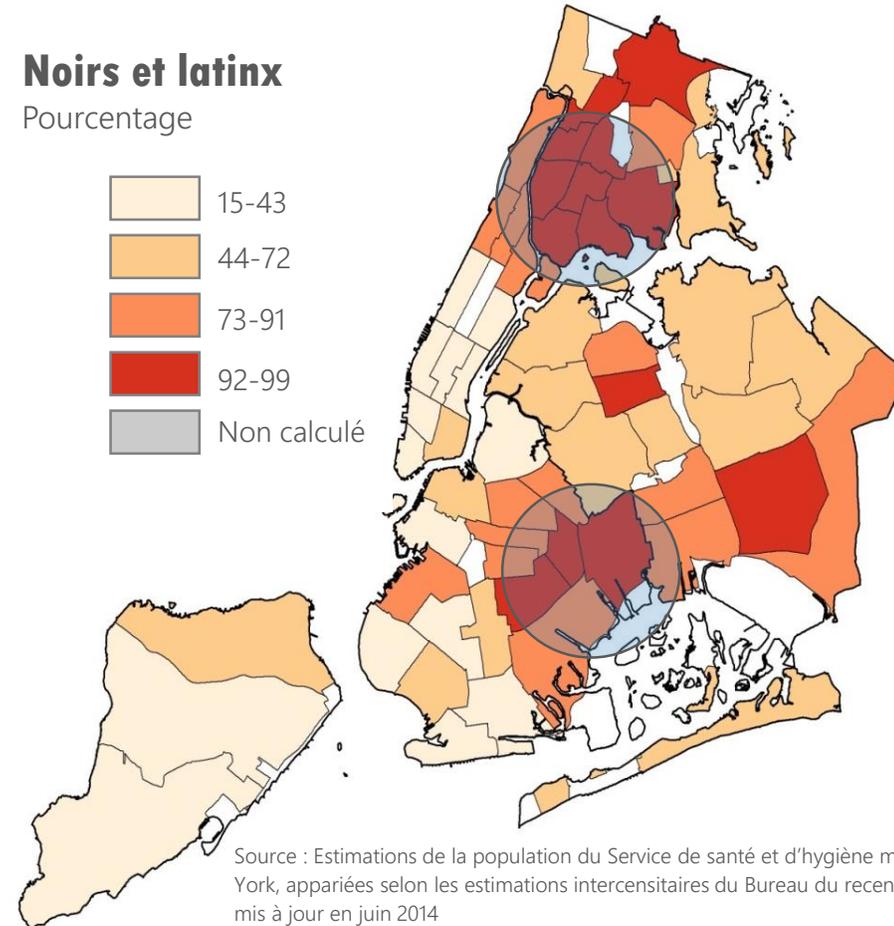
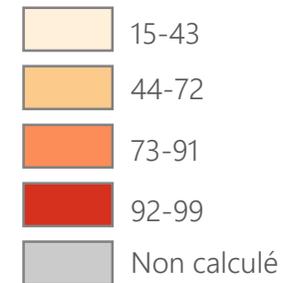
Source : Service de santé de la ville de New York : Profil de santé de la collectivité - Atlas 2015

Les politiques dictent le peuplement



Noirs et latinx

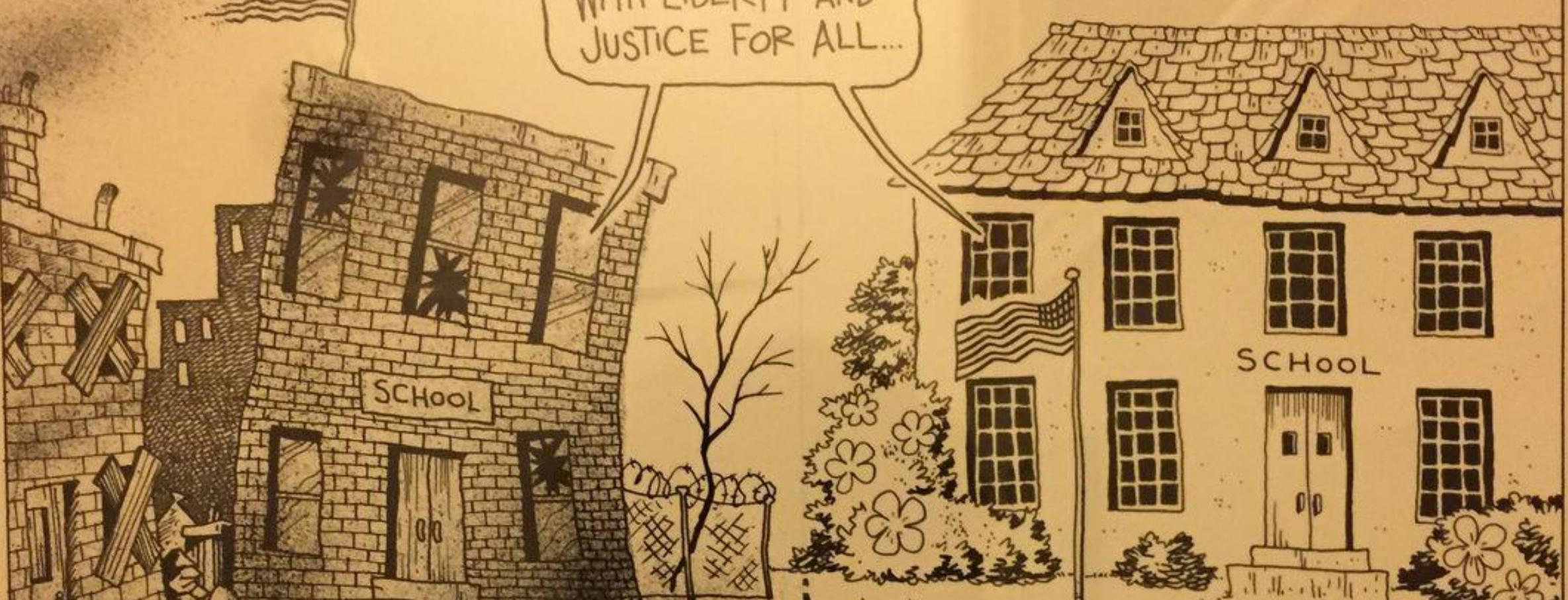
Pourcentage



Source : Estimations de la population du Service de santé et d'hygiène mentale de la ville de New York, appariées selon les estimations intercensitaires du Bureau du recensement des É.-U., 2010-2013, mis à jour en juin 2014

Bureau du recensement des É.-U.; American Community Survey, 2013, estimations trisannuelles, tableau S1701; généré à l'aide d'American Fact Finder (<http://factfinder2.census.gov/>)

Pratiques et politiques de discrimination financière
Ségrégation forcée et privation de ressources



Ségrégation en milieu scolaire

Les élèves de couleur sont isolés et reçoivent moins de services.

**WAITING ROOM
FOR COLORED ONLY**



Ségrégation forcée et intégration des soins de santé

L'impact sur la main-d'œuvre et les résultats en matière de santé se fait encore sentir.

**BY ORDER
POLICE DEPT.**



Suppression et déplacement des bidonvilles

Ségrégation forcée et privation de ressources

* Queensbridge Houses, Long Island City, Queens NY

#NYCHealthEquity

NYC
Health

Center for Health Equity



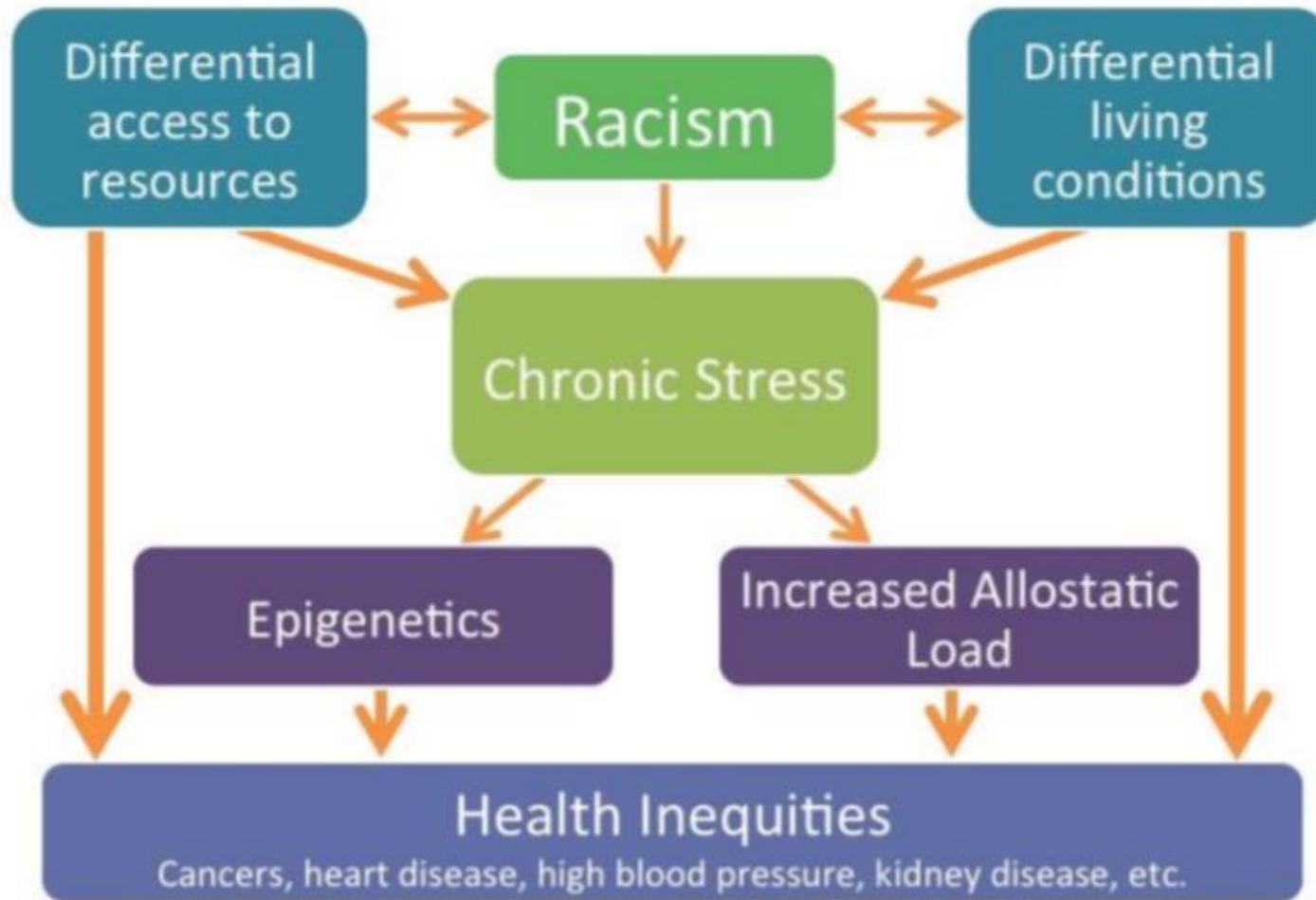
Carreaux cassés et incarcération massive
Résidents ciblés et retirés de leurs communautés



Criminalisation des immigrants

Résidents ciblés et retirés de leurs communautés

Chronic Stress and Racism: Impacts on Health



Source de l'illustration : Service de santé publique de la Californie



Privilégier l'équité en santé publique

Kevin McKinney, MD
Membre depuis 1989

Les narratifs dominants, qui sont enchâssés dans nos institutions et notre culture, encouragent les relations sociales qui engendrent des inégalités sociales, politiques et économiques, ainsi que de l'injustice raciale. Cela contribue à marginaliser ou à faire taire les groupes sociaux ayant des pouvoirs limités. Ces discours influencent la conscience, la signification et l'explication des événements.

Narratifs

Ils ont pour effet d'occulter le pouvoir (et la responsabilité), de diviser les populations ayant des préoccupations communes, d'imposer le respect des règles et d'empêcher la réalisation des visions discordantes sur l'avenir de la société.



Advancing
Public Narrative
for Health Equity
& Social Justice

NACCHO
National Association of County & City Health Officials

Les narratifs influencent les croyances et actions

... les narratifs dominants (mythes) minent l'équité en matière de santé.

- Les inégalités relatives à la race et à la classe sociale « sont fâcheuses, mais pas nécessairement injustes ».
- Toute personne autonome fait de bons choix ou de mauvais choix par rapport à son mode de vie (rendant invisibles les déterminants politiques, structureaux et sociaux des iniquités en matière de santé).
- Les cultures où l'on retrouve des groupes raciaux et ethniques opprimés et marginalisés sont considérées comme responsables et sont blâmées pour leurs résultats médiocres en matière de santé (stigmatisation de l'autre).
- Situation sociale acquise à la force du poignet (méritocratie)
- Exceptionnalisme américain
- « Si tu gagnes, je perds » (jeu à somme nulle).
- Hiérarchie de valorisation de l'être humain basée sur la couleur de la peau (suprématie blanche)

Pouvoir et privilèges

« En raison de la classe à laquelle j'appartiens et de l'espace dans lequel j'évolue, je ne me suis jamais considérée comme une personne raciste parce qu'on m'a appris que le racisme se limitait à des actes individuels de méchanceté posés par des membres de mon groupe, et non qu'il pouvait exister sous forme de structures invisibles conférant dès la naissance au groupe auquel j'appartiens un pouvoir de domination raciale non recherché. »

« Dans mon cas, le privilège d'être Blanche s'est révélé une question intangible et fugace. Les pressions pour l'é luder sont considérables, car l'affronter m'oblige à renoncer au mythe de la méritocratie. Si le contenu de ces énoncés s'avère, notre pays n'est pas aussi libre qu'on le dit : on ne fait pas ce qu'on veut de sa vie et beaucoup de portes s'ouvrent pour certaines personnes sans qu'elles l'aient mérité. »

Peggy McIntosh, 1988
White Privilege: Unpacking the Invisible Knapsack

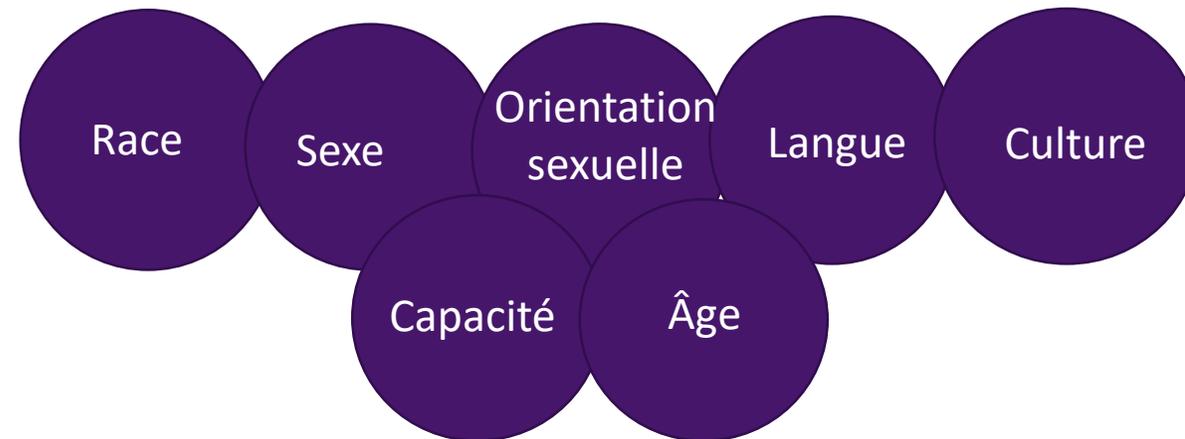
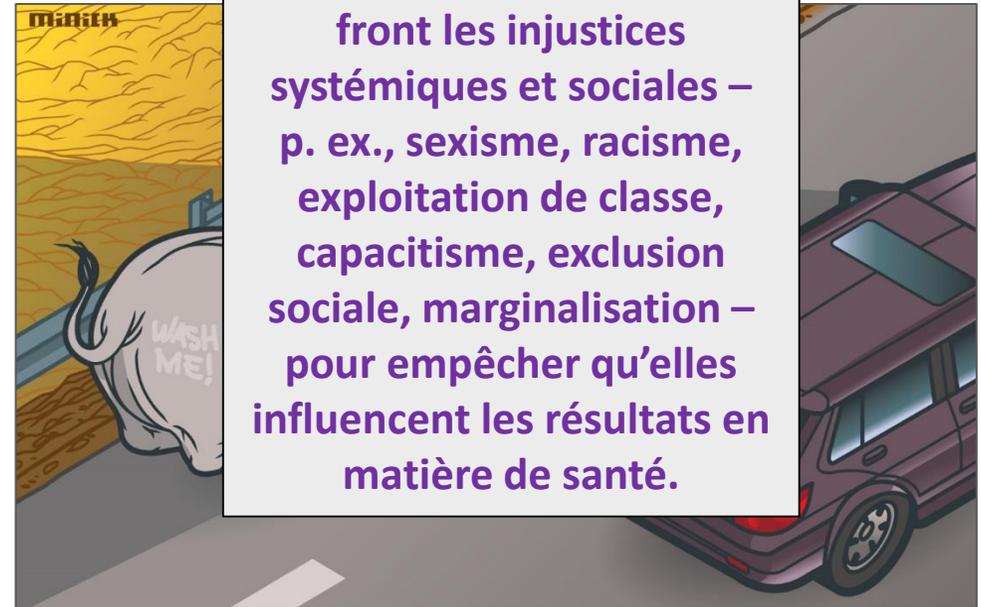


Préjugés et biais inconscients

« En dépit des meilleures intentions, nous sommes tous influencés par des processus inconscients. Ils affectent notre vision, nos réactions, nos émotions et nos comportements. Si nous ne sommes pas conscients de leur influence et ne prenons aucune mesure pour les contrer, la qualité des soins risque d'en souffrir. »

- Michelle van Ryn, Ph.D.

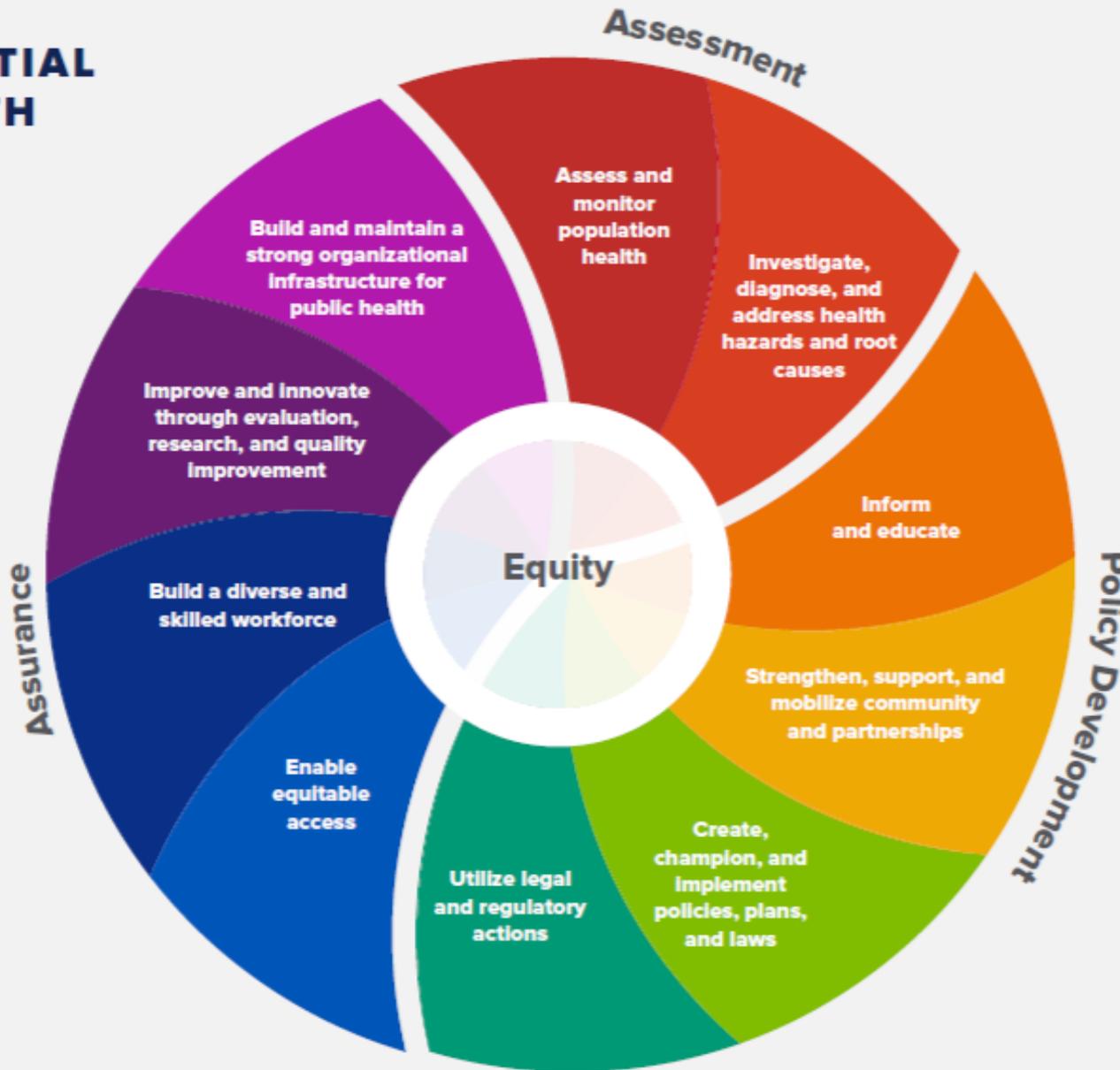
Directrice du programme de recherche sur l'équité et l'inclusion dans les services de soins de santé, clinique Mayo



THE 10 ESSENTIAL PUBLIC HEALTH SERVICES

To protect and promote the health of all people in all communities

The 10 Essential Public Health Services provide a framework for public health to protect and promote the health of all people in all communities. To achieve optimal health for all, the Essential Public Health Services actively promote policies, systems, and services that enable good health and seek to remove obstacles and systemic and structural barriers, such as poverty, racism, gender discrimination, and other forms of oppression, that have resulted in health inequities. Everyone should have a fair and just opportunity to achieve good health and well-being.



Groupe de travail
Public Health Accreditation Board (PHAB) et The Public Health National Innovation Center (PHNIC)
Financé par la fondation DeBeaumont

- American Medical Association*
- American Public Health Assoc.*
- Centers for Disease Control & Prevention*
- HHS*
- Trust for America's Health*
- Fondation Robert Wood Johnson*
- Fondation WK Kellogg*
- ASTHO*
- NACCHO*
- Big Cities Health Coalition*
- Bloomberg American Health Initiative*
- Services de santé du Michigan et de Philadelphie*
- Assoc of Public Health Nurses*
- Time's Up Healthcare*

Source (2020) : <https://phnci.org/national-frameworks/10-eps>

Intervention antiracisme à l'échelon institutionnel – Pratiques émergentes



Siobban Wescott, MD
Membre depuis 2013

Center for Health Equity

Vision : Nation où tous les citoyens vivent dans des communautés florissantes, où les ressources sont efficaces et où les systèmes sont équitables et ne créent aucun préjudice. Tous les individus ont la possibilité d'atteindre une santé optimale, et tous les médecins ont la conscience, les outils et les ressources nécessaires pour éliminer les injustices et pour intégrer et faire progresser l'équité dans toutes les facettes du système de soins de santé.

Mission : Consolider, amplifier et maintenir les initiatives de l'AMA dans le but d'éliminer les iniquités en matière de santé – en améliorant les résultats et en atténuant les disparités – qui trouvent leur source dans des systèmes de pouvoir oppressifs, des injustices structurelles et des abus de pouvoir (historiques et contemporains) comme le racisme, l'exclusion et la discrimination.

- **Intégrer l'équité** aux pratiques, aux processus, aux mesures, aux innovations, au rendement et aux résultats de l'organisation
- **Créer des alliances et partager le pouvoir** grâce à un engagement constructif
- **Offrir des possibilités et des conditions équitables** en ce qui a trait à l'**innovation** pour les personnes et les communautés marginalisées et « minorisées »
- **Choisir une démarche en amont** pour aborder tous les déterminants de la santé
- **Créer des approches** favorisant la vérité, la **réconciliation**, la guérison raciale et la transformation

Avant de prendre une série d'engagements contre le racisme, une institution doit absolument procéder à une évaluation honnête de ses pratiques historiques et actuelles.

- Durant les premières années qui ont suivi la guerre de Sécession, l'American Medical Association (AMA) a refusé d'adopter une politique de non-discrimination et de mettre en place une société médicale locale intégrée en appliquant les normes d'adhésion de façon sélective.
- Entre les années 1870 et la fin des années 1960, l'AMA n'a pris aucune mesure contre certaines associations médicales locales et d'État affiliées qui exerçaient ouvertement l'exclusion raciale. Ces pratiques ont empêché les médecins noirs d'adhérer à l'AMA, ce qui en retour les a privés de privilèges en milieu hospitalier.
- Au cours des premières décennies du 20^e siècle, le répertoire national de médecins de l'AMA considérait les médecins noirs comme des personnes « de couleur ». À la suite des protestations provenant de la National Medical Association (NMA), l'AMA a tardé à retirer cette désignation.
- Le rapport Flexner, publié en 1910 et commandé par le conseil de l'éducation médicale de l'AMA et d'autres partenaires de la fondation, a contribué à la fermeture de cinq des sept écoles de médecine pour les Noirs et des trois écoles de médecine pour les femmes.
- L'AMA ne s'est pas prononcée lors des débats entourant la *Loi sur les droits civils* (É.-U., 1964) et a ignoré les demandes répétées de la NMA visant à appuyer la modification de la disposition « distinct mais égal » de la *Loi Hill-Burton*, qui autorisait la construction d'établissements hospitaliers séparés financés par le fédéral.

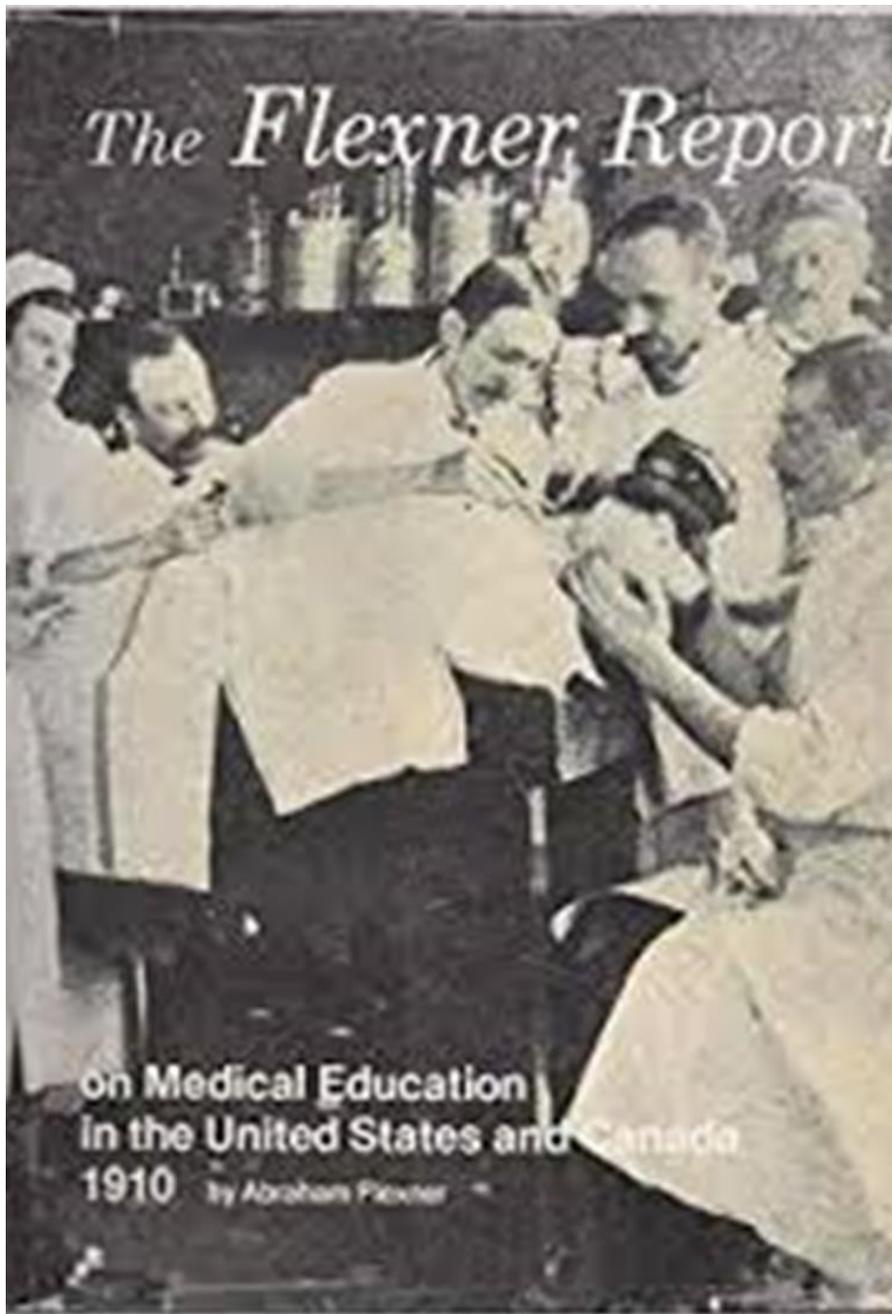
L'AMA s'excuse

« ... au nom de l'American Medical Association, je m'excuse sincèrement pour nos comportements passés. Nous promettons de faire tout en notre pouvoir pour réparer les torts causés par notre organisation aux médecins afro-américains, à leurs familles et à leurs patients.

On voit donc que l'histoire continue à être écrite.

Je précise que les excuses de l'AMA découlent d'une introspection rigoureuse... Certains affirment que les excuses ne peuvent changer le passé. Ils n'ont pas tort. Par contre, j'espère qu'elles contribueront à changer l'avenir. Nous sommes conscients que ces excuses constituent un premier pas modeste vers la guérison et la réconciliation. Tout comme l'a déclaré Churchill en 1942 après la bataille de l'Égypte : "Ce n'est pas la fin, ni même le commencement de la fin, mais c'est peut-être la fin du commencement."

Ronald M. Davis, MD, président sortant de l'AMA lors de l'assemblée annuelle de la National Medical Association (NMA), Atlanta, Géorgie, 30 juillet 2008



JAMA
Network | **Open**

Original Investigation | Medical Education

Projected Estimates of African American Medical Graduates of Closed Historically Black Medical Schools

Kendall M. Campbell, MD; Irma Corral, PhD, MPH; Jhojana L. Infante Linares, MS; Dmitry Tumin, PhD

Abstract

IMPORTANCE There continue to be low numbers of underrepresented minorities, including African Americans, in academic medicine. Historically Black medical colleges and universities are major sources of training for medical school graduates who are African American or who belong to other underrepresented minority groups. Several historically Black medical schools were closed during the period surrounding the 1910 Flexner report. The implications of these school closures with regard to the number of African American medical school graduates have not been fully examined.

Key Points

Question What are the projected estimates of the number of African American students who would have graduated from historically Black medical schools that were closed during the period surrounding the 1910 Flexner report?

« Penser que nous pouvons changer la société sans changer nous-mêmes est une grossière erreur. » (traduction libre)



Alice Walker

National Women's Studies Association,
2018

Le changement à l'interne



Alliance gouvernementale locale et régionale sur la race et l'équité



Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016. (Disponible à ihi.org)

Théorie du changement

Renforcer la capacité organisationnelle pour réduire les inégalités et stimuler le changement structurel et culturel

Résultats liés à l'alignement organisationnel et au renforcement de la capacité

L'égalité entre les races et les sexes et la justice sociale se reflètent dans ces éléments :

engagement et leadership de l'organisation

défense des intérêts

équité et compétences au sein de la main-d'œuvre

communications et marketing internes et externes

mobilisation et partenariats

collecte de données et mesures

budgets et contrats

publications

innovation

Délai anticipé

1 à 2 ans

Résultats liés aux pratiques

- 1) Politiques
- 2) Programmes et services
- 3) Recherche et évaluation
- 4) Culture

Qui :

- contribuent à la compréhension et à la progression de l'équité en matière de santé
- abordent les déterminants structurels et sociaux de la santé, ainsi que les iniquités en matière de santé
- s'attaquent aux causes fondamentales des iniquités en matière de santé

1 à 3 ans

Impact

Devenir une organisation multiculturelle vouée à la justice raciale

Améliorer les résultats sur la santé et combler les lacunes

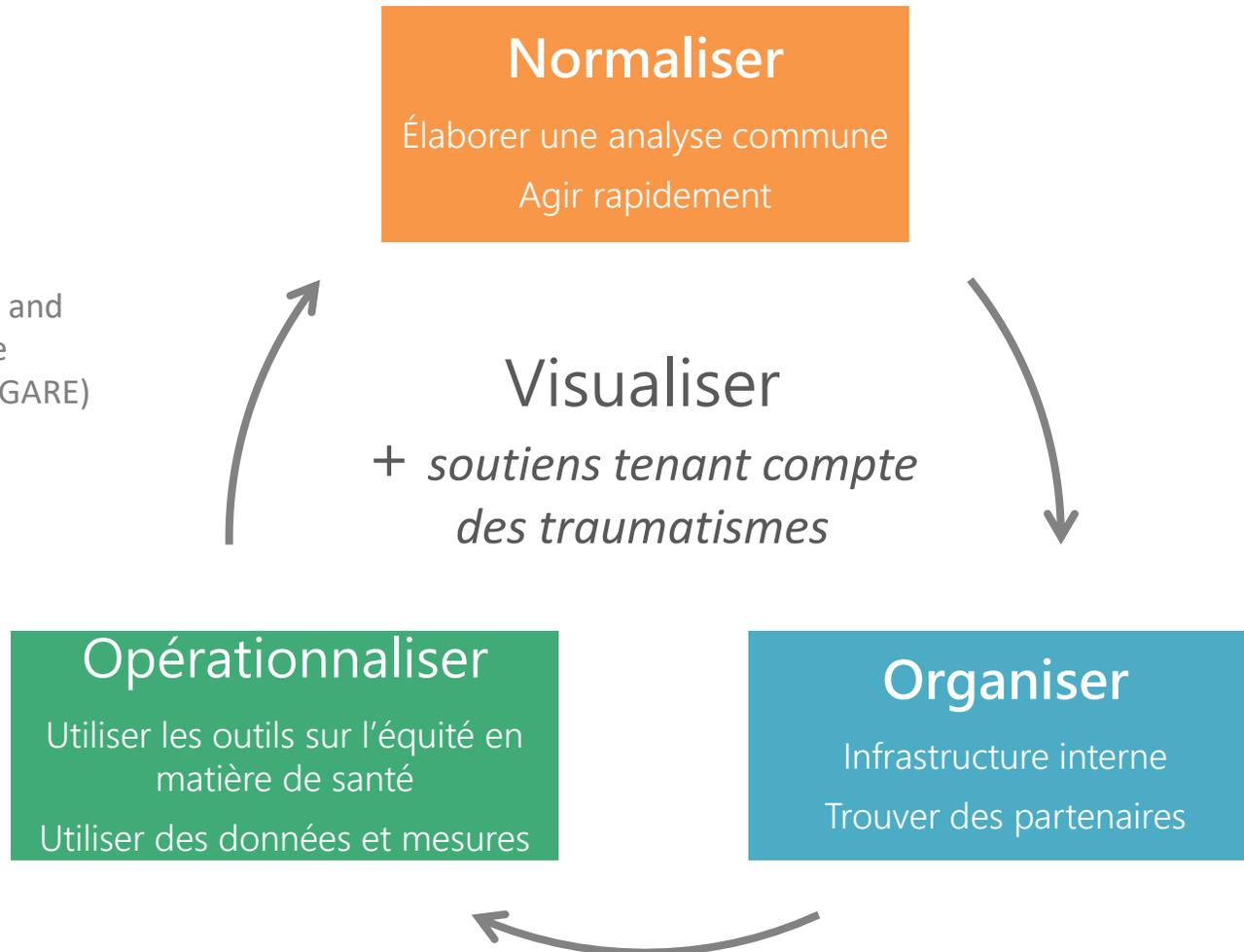
3 ans +

Transformer la stratégie interne-externe (modèle d'impact)

Modifier les pratiques et la culture au sein de notre institution

Pratique exemplaire nationale

Tiré de RaceForward and Government Alliance on Race and Equity (GARE)



Dans le cadre des efforts de l'AMA pour favoriser l'équité en matière de santé, j'encourage tous les employés à profiter pleinement des possibilités de formation au cours des années à venir. Je demande aux superviseurs de réfléchir à l'importance de cette formation par rapport aux objectifs généraux de l'AMA et d'assurer la représentation de leur équipe aux formations prévues.

L'atteinte de l'équité en matière de santé est un enjeu crucial qui exige un engagement ferme et qui est déterminante pour la réussite de toutes les activités de l'AMA. La meilleure preuve de cet engagement est notre leadership actif.

- Jim Madara, octobre 2019

Organiser Infrastructure de la reddition de comptes et de l'inclusion

What's new in 2020?

Note two important changes related to the AMA's Health Equity priorities that apply to all employees:

- All employees need to include Health Equity work in their objectives and standards
- The performance factors included on everyone's APEX form now include specific behaviors supporting Health Equity efforts.

Those working directly on equity efforts:

- Health Equity workgroup members, Action Team leaders and members who plan, develop, and implement these activities should write these roles into their APEX objectives and standards for the time served in these roles.
- It's recommended that this goal be weighted at 10% for the time period served (objectives and standards can be updated to reflect a change in roles later if needed.)

All other AMA employees:

- Include a goal in your objectives and standards to support participation in, and integration of, cross-enterprise equity efforts.
- It's recommended that this goal be weighted at 5% and use language such as: *"Advancing Health, Racial, Gender, and Social Equities – participates in health equity related trainings offered to staff; participates, as opportunities are available, in health, racial, gender, and social justice/equity related meetings, trainings, and activities in their Business unit and/or the enterprise."*

ACHIEVING
EQUITY GOALS



The AMA views the work of creating health equity as a shared responsibility among all employees. As the end of the APEX planning process nears (end of October) take a look at your goals and [refer to this job aid](#) to ensure you've played your part in incorporating this important work.

Here are some additional ways to get involved.



LEARN

- [Health Equity Resource Library](#)
- [Prioritizing Equity Series](#)



ATTEND

- Health Equity Data 101
- Discussion: Power to Heal
- ERG sponsored Lunch and Learns ([watch AMA Today](#) for announcements)



JOIN

The AMA hosts a variety of [employee resource groups](#). Join a group to support your community, and find your niche.



LEARN: Read, Listen or Watch

[Health Equity Resource Library](#)

This compilation explores themes of power, privilege and racial, gender, and social justice. With a greater understanding of what produces inequities in health, and society at large, we can all begin working together to build a better future.

[Prioritizing Equity Series](#)

The Prioritizing Equity series illuminates how COVID-19 and other determinants of health uniquely impact marginalized communities, public health and health equity, with an eye on both short-term and long-term implication. This series is hosted and moderated by AMA Chief Health Equity Officer Aletha Maybank, MD, MPH, airs every Thursday.



ATTEND: Health Equity Learning Series

August 31: [Health Equity Data 101 \(session to be recorded\)](#)

This session will provide an introduction to key concepts and tools in health equity data analysis. Examples from *Unequal Cities*, a forthcoming book detailing Black/white mortality inequities across the 30 largest cities of the US, as well as the work of Chicago's Westside United metrics workgroup, will also be shared.

September 10: [Power to Heal Discussion](#)

This facilitated discussion will explore the relationship between the NMA and AMA over the years as well as the historical impact of segregation in medicine and its lasting impact. (participants will need to watch the documentary, found on CHE's AMA Today page, in advance of the session).



JOIN: Employee Resource Groups

- [ACCESS](#)
- [InspirASIAN](#)
- [Veterans Community Resource Group](#)
- [Black Employees, Advocates and Allies Network](#)
- [Pride \(LGBTQ+\)](#)
- [Women's ERG](#)
- [UNIDOS](#)

Questions about embedding your equity work into APEX? Contact your HR Business Partner.

Opérationnaliser

Comment éviter que nos efforts et innovations donnent lieu à de la discrimination, à des inégalités accrues ou au refus des soins?



Quelles sont les données? Qu'indiquent-elles? Manque-t-il des données?

Quel engagement ont pris les regroupements (médecins, patients, etc.)?

Y a-t-il des possibilités de renforcer cet engagement?

À qui votre proposition profitera ou nuira-t-elle?

Quelles sont vos stratégies pour promouvoir l'équité ou atténuer les conséquences involontaires?

Qui détient le pouvoir et le privilège de prendre des décisions?

Y a-t-il des occasions de partager ou de transférer ce pouvoir?

Qui sera responsable de communiquer et d'évaluer les résultats?

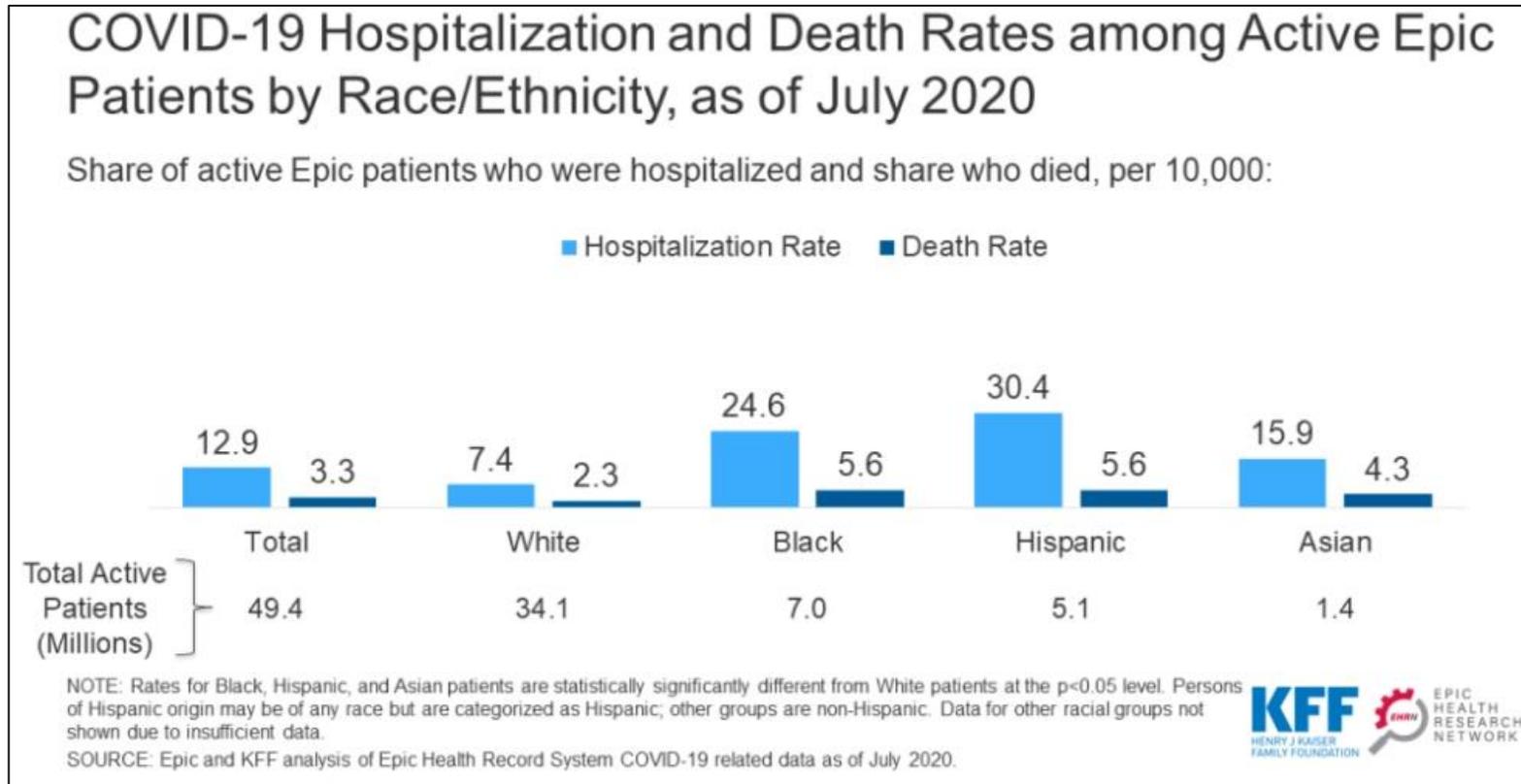
Adapté du document Racial Equity Toolkit : An Opportunity to Operationalize Equity – Gov't Alliance on Race and Equity

Opérationnaliser l'équité pendant la crise de COVID-19



Lase Ajayi, MD
Membre depuis 2013

Les Noirs, Latinx et Américains autochtones sont plus susceptibles de présenter une maladie sous-jacente et d'en mourir.



Taux plus élevés

- de diabète
- d'obésité
- d'hypertension
- de maladies cardiaques

...à un plus jeune âge

Explication insuffisante...

Les données sur la mortalité liée à la COVID-19 à Chicago montrent des inégalités flagrantes selon la communauté.

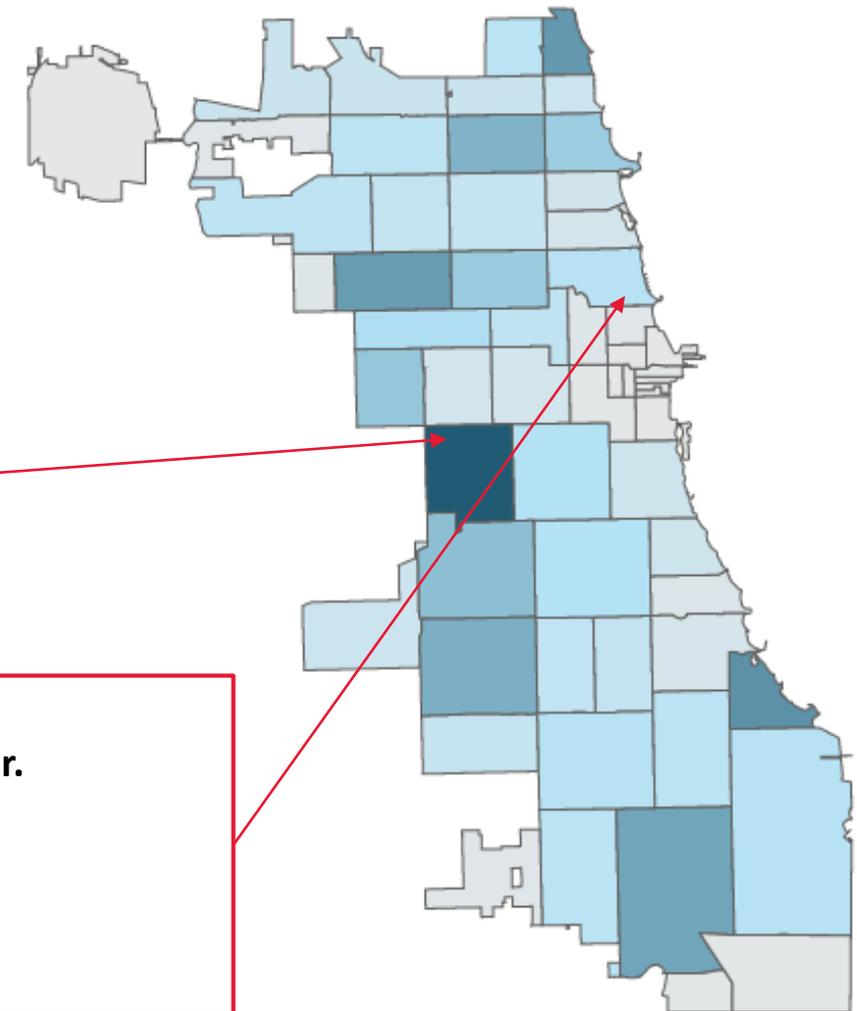
Reflet de facteurs structurels qui sont présents depuis longtemps et qui entraînent des inégalités sur le plan de l'espérance de vie et d'autres facteurs épidémiologiques

Code ZIP 60623 : Brighton Park, South Lawndale, North Lawndale
Plus de 95 % sont des personnes autochtones, noires et de couleur.
North Lawdale affiche la plus faible espérance de vie, soit 68 ans.

9,4 % de cas positifs de COVID-19
154 décès, ou **1 sur 558 résidents**

Code ZIP 60610 : Lincoln Park, Near North Side, Loop, West Town
Moins de 35 % sont des personnes autochtones, noires et de couleur.
L'espérance de vie est l'une des plus élevées de la ville, soit 80 ans.

3,6 % de cas positifs de COVID-19
10 décès, ou **1 sur 3902 résidents**



Low High

A new analysis: Coronavirus death rate surged in Massachusetts locations that already faced challenges

Harvard analysis finds mortality rate surged higher in communities with more poverty, people of color, and crowded housing.

By [Andrew Ryan](#) and [Kay Lazar](#) Globe Staff, Updated May 9, 2020, 3:53 p.m.



Selon les travaux de Nancy Krieger et de ses collègues, la flambée du nombre de décès a commencé au début d'avril et atteignait des sommets dans les villes, villages et régions où l'on retrouve :

- une pauvreté accrue
- plus de logements surpeuplés
- un pourcentage plus élevé de personnes de couleur
- une plus grande ségrégation économique racialisée



Assessment of Community-Level Disparities in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infections and Deaths in Large US Metropolitan Areas

Samrachana Adhikari, PhD; Nicholas P. Pantaleo, MPH; Justin M. Feldman, ScD; Olugbenga Ogedegbe, MD; Lorna Thorpe, PhD; Andrea B. Troxel, ScD

Introduction

Urban counties in large metropolitan areas in the United States are among the most affected by the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, with high proportions of confirmed infection among those who have been tested.¹ While there is growing evidence of disparities by race/ethnicity across neighborhoods,^{2,3} the extent to which neighborhood poverty is associated with infection and deaths is not clear. In this cross-sectional study, we examined the association of neighborhood race/ethnicity and poverty with COVID-19 infections and related deaths in urban US counties, hypothesizing disproportionate burdens in counties with a larger percentage of the population belonging to minority racial/ethnic groups and a higher rate of poverty. This study is among the first to investigate such associations in US metropolitan areas.

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

- Les zones où vivent d'importantes populations marginalisées, minorisées et historiquement exclues ont été les plus touchées par le virus au début de la pandémie.
- Les inégalités raciales **demeuraient bien présentes** au sein des communautés ayant un revenu plus élevé; on a constaté une différence **de l'ordre de plus du triple** parmi les communautés majoritairement blanches et les communautés majoritairement de couleur.
- Les inégalités raciales ne s'expliquent pas uniquement par les différences de revenu.

**Les personnes noires ne sont pas responsables de la COVID-19. Être noir n'est pas un facteur de risque.
« Le facteur de risque, ce n'est pas la race, mais le racisme. » @DrJoiaCrearPerry**

WE, THE BOARD OF TRUSTEES, STATE THAT:

The AMA recognizes that racism in its systemic, structural, institutional, and interpersonal forms is an urgent threat to public health, the advancement of health equity, and a barrier to excellence in the delivery of medical care.

The AMA opposes all forms of racism.

The AMA denounces police brutality and all forms of racially motivated violence.

The AMA will actively work to dismantle racist and discriminatory policies and practices across all of health care.



IMPORTANT : LE RACISME EST UNE CRISE DE SANTÉ PUBLIQUE. VOICI COMMENT CORRIGER LA SITUATION.

3 septembre 2020

Par **Ruqaiijah Yearby** Professeure de droit et directrice générale, Institute for Healing, Justice and Equity, Université de Saint Louis, **Crystal N. Lewis**, boursière spécialisée en équité et en politiques sur la santé, Institute for Healing, Justice and Equity, Université de Saint Louis, **Keon L. Gilbert**, professeur agrégé en science du comportement et en éducation sur la santé et codirecteur, Institute for Healing, Justice and Equity, Université de Saint Louis et **Kira Banks**, professeure agrégée en psychologie et codirectrice, Institute for Healing, Justice and Equity, Université de Saint Louis



Transmettre un message clair

JAMA Article

VIEWPOINT Responding to the COVID-19 Pandemic The Need for a Structurally Competent Health Care System

Jonathan M. Metzl, MD, PhD
Department of Medicine, Health, and Society, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee.

Aletha Maybank, MD, MPH
Chief Health Equity Officer, American Medical Association, Chicago, Illinois.

Fernando De Maio, PhD
Center for Health Equity, American Medical Association, Chicago, Illinois, and Department of Sociology, DePaul University, Chicago, Illinois.

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has exposed the consequences of inequality in the US. Even though all US residents are likely equally susceptible to infection with SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), the virus that causes COVID-19 disease, the resulting illness and the distribution of deaths reinforces systems of discriminatory housing, education, employment, earnings, health care, and criminal justice.^{1,2} The patterns of COVID-19 illuminate centuries of support systems that the US did not build and investments it did not make.

Each stage of the pandemic, from containment, to mitigation, to reopening, highlights the extent to which certain populations were rendered vulnerable long before the virus arrived. As a result, marginalized, minoritized, and communities of low wealth have been at highest risk, with disproportionate death rates among African American, Latinx, and Native American populations across the US.^{1,4}

Sociodemographic differences in COVID-19 morbidity and mortality highlight an unavoidable reality facing the US health care system as it strives to fulfill its mission to promote health and well-being, and to treat disease. At its core, the practice of medicine is based on individual-level interactions among clinicians, patients, and families. Yet the pandemic highlights the extent to which illness for many people results from larger structures, systems, and economies.^{1,2}

harmful social conditions that fundamentally shape pandemic patterns.⁴

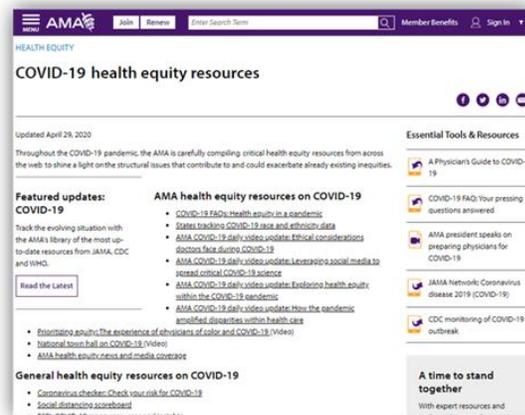
Over the coming months and years, the US health care system will struggle to adapt to new, postpandemic norms. In this moment of crisis, however, the US health care system has a generational imperative to begin to address the inequities made even more apparent by the COVID-19 crisis. The opportunity exists to reimagine and redesign the health care delivery and education systems through a lens of health equity and racial justice. By so doing, during a pandemic that highlights the extent to which no one is safe until everyone is safe, health outcomes can be improved more broadly.

Increasing numbers of US medical students and physicians are already acclimated to understanding the importance of confronting inequities because many have been trained to understand the social determinants of health and its clinical adaptation, structural competency. Structural competency calls on methods from sociology, economics, urban planning, and other disciplines to systematically train health care professionals and others to “recognize ways that institutions, neighborhood conditions, market forces, public policies, and health care delivery systems shape symptoms and diseases.”³ Structural competency is also relevant for identifying the often invisible networks that support health, ranging from supply chains, to food delivery networks, to transit systems.

NYT Op-ed



COVID-19 Health Equity Resource Center



Oprah COVID –19 Series

Dr. Aletha Maybank @DrAlethaMaybank · Apr 14
Thank for gift & opportunity @Oprah to elevate racism in health. Thank you for shining light to make injustice visible. #COVID19

Oprah Winfrey @Oprah · Apr 14
@DrAlethaMaybank founded the first center for health equity for the @AmerMedicalAssn. She seeks to provide underserved populations across the country with resources & access to quality healthcare. Thank you for your work #OprahTalks #COVID19
[Show this thread](#)



Mettre l'accent sur les plus marginalisés

Prioritizing Equity: 

The Experience of Physicians of Color and COVID-19

Thursday, April 2, 2020
7 pm ET

Guests:



Aletha Maybank, MD, MPH
Chief Health Equity Officer
American Medical Assoc.
Moderator

Oliver Brooks, MD
President
National Medical Assoc.

Patrice Harris, MD, MA
President
American Medical Assoc.

Elena Rios, MD, MSPH
President & CEO
National Hispanic Medical Assoc.

Siobhan Wescott, MD, MPH
Assoc. of American Indian
Physicians representative
American Medical Assoc.

Winston Wong, MD, MS, FAAFP
Chairman
National Council on
Asian Pacific Islander Physicians

Prioritizing Equity: 

Strengthening the Public Health Infrastructure to Battle Crises

Thursday, April 23, 2020
6:00 p.m. CT



Aletha Maybank, MD, MPH
Chief Health Equity Officer
American Medical Association
@DrAlethaMaybank

Georges C. Benjamin, MD
Exec. Director
American Public Health Association
@PublicHealth

Lori Tremmel Freeman
CEO
National Association of County and
City Health Officials
@NACCHOalerts

J. Nadine Gracia, MD, MSCE
Exec. VP & COO
Trust for America's Health
@HealthyAmerica1

Prioritizing Equity: 

COVID-19 & the Experiences of Medical Students

Thursday, May 7, 2020 | 6:00 p.m. CT



Alec Calac
UC San Diego Chapter President
Assoc. of Native American Medical Students
UC San Diego School of Medicine
@ANAMS1975

Alex Lindqwister
OSR National Chair
Assoc. of American Medical Colleges
Dartmouth Geisel School of Medicine
@AMMCtoday

Osose Oboh, MPH
President
Student National Medical Association
MSU College of Human Medicine
@SNMA

Sarah Mae Smith
Board of Trustees
American Medical Association
UC Irvine School of Medicine
@AmerMedicalAssn

Yingfei Wu
National President
Asian Pacific American Medical Student
Medical College of Wisconsin
@APMWSA

#AMAHealthEquity

Prioritizing Equity: 

The Root Cause

Thursday, May 28, 2020 | 12 p.m. CT



Zinzi Bailey, ScD, MSPH
@zinzinator

Camara Jones, MD, MPH, PhD
@CamaraJones

Whitney Pirtle, PhD
@thePhDandMe

Aletha Maybank, MD, MPH
Moderator
@DrAlethaMaybank

Jola Crear-Perry, MD
@doccrearperry

Jonathan Metz, MD, PhD
@JonathanMetz

Brian Smedley, PhD
@BrianDSmedley

View on AMA YouTube

Tirer profit des atouts et des forces du quartier

West Side United (WSU) désigne un partenariat entre des personnes et des organismes qui travaillent, vivent et se réunissent dans le quartier West Side de Chicago afin de rendre leurs quartiers plus forts, plus sains et plus vibrants. Le partenariat comprend des établissements de soins de santé, des résidents, des leaders et organismes communautaires, des entreprises et des organismes confessionnels. L'objectif est de réduire de 50 % l'écart entre l'espérance de vie du quartier Loop et celle du quartier Westside d'ici 2030.

Fonds CDFI	Objectif premier
Accion	Développement des petites entreprises
LISC	Basé sur des « plans locaux sur la qualité de vie » – logements abordables, installations communautaires, commerces de détail
Chicago Community Loan Fund (CCLF)	Logements abordables, installations communautaires, commerces de détail, capitaux et équipement, organismes sans but lucratif
IFF	Investissements importants pour financer des prêts hypothécaires à un taux inférieur à celui du marché à l'intention des organismes sans but lucratif ou des projets de logements abordables

★ Racial Equity Rapid Response

GOALS:

- Flatten the COVID-19 mortality curve in Black and Brown communities in Chicago
- Build a groundwork for future work to address longstanding and systemic inequities in Black and Brown communities (health, economic, and social)

TACTICS:

- Develop a city-wide community mitigation operation that works hyper-locally in partnership with Black and Brown community organizers and leadership to mitigate COVID-19 illness and death
- Listen and respond to community-identified needs within the context of partnership that is mutual and centered around benefitting, not burdening, Black and Brown communities
- Marshal data, screening tools, testing, and human resources needed to respond to community-identified barriers and needs

Collaborer avec des partenaires de confiance

ESSENCE | 50 YEARS | CELEBRITY FASHION BEAUTY HAIR LOVE LIFESTYLE NEWS VIDEOS | EVENTS FESTIVAL | SUBSCRIBE

GIRLS UNITED | NATURALLYCURLY | SHOP ESSENCE

Share with Your Squad
 #releasethepressure

RELEASE THE PRESSURE

It's in all of us—the power to protect our heart and the hearts of those we love. And now more than ever during the COVID-19 pandemic, it's critical that we support each other. Commit to partnering with a health care professional virtually, and encourage your squad—family and friends—to stay healthy too.

If you're ready to lower your blood pressure, join us.

TAKE THE PLEDGE

RELEASE THE PRESSURE

AMA, American Heart Association, AMA FOUNDATION, ABC, National Medical Association

TAKE THE PLEDGE and learn how you can:

- Set A BP Goal With Your Doctor** - LEARN MORE
- Monitor Your Blood Pressure At Home** - LEARN MORE
- Activate Your Wellness Plan** - LEARN MORE
- Check-In With Your Squad** - LEARN MORE

WHAT'S NEW!

Dr. Patrice Harris Answers Common COVID-19 Questions
 Dr. Harris, Who Is President of the American Medical Association, Kicked Off Our First-Ever Virtual Edition of Essence Wellness House With An Informative Chat About The Covid-19 Pandemic.

COVID-19 RESOURCES

POWER MOMENT

Besoin d'un plus grand nombre d'outils de perfectionnement des connaissances et des compétences (pour toutes les professions du secteur de la santé)

Utibe Essien MD, MPH
@UREssien

Dereck Paul
@dereckwpaul

Michelle Ogunwole, MD
@DrChelleMD

Rohan Khazanchi
@rohankhaz

Naomi Fields
@NaomiFFields

LaShyra Nolen
@LashNolen

Chioma Onuoha
Research Asst.

Clinical Problem Solvers
presents
PODCAST SERIES
ANTI-RACISM
in medicine

Dx
The Clinical Problem Solvers

Élaborer des politiques

- La santé fait partie des droits de la personne (« l'antiracisme est porteur de ce droit »)
- Soins de santé universels
- Diversifier la main-d'œuvre de la santé et offrir une formation qui inclut la sensibilisation au racisme
- Mettre en place des systèmes qui recueillent et examinent les données sur les résultats en matière de santé en fonction de la race et de l'ethnicité et qui explorent les mécanismes du racisme (p. ex., discrimination)
- Accès équitable à des essais cliniques et au vaccin
- Assurer l'accessibilité et le remboursement des services de télésanté, qui commencent à gagner du terrain
- Financer l'infrastructure du système de santé publique et les services de santé
- Investir dans l'infrastructure en milieu rural – eau potable et plomberie, routes et accès à l'internet à large bande
- Logements abordables, éducation sans frais, emplois, congés payés

Crear-Perry J, Maybank A. Moving towards anti-racist praxis in medicine. Lancet. 15-21 août 2020; 396(10249) : 451–453.

Partager les recherches

Théorie critique de la race et perspectives intersectionnelles



- **Définir le concept de race** dans le plan expérimental et préciser la raison de son utilisation dans l'étude. Ce genre de définition devrait être formulé à l'intérieur d'un cadre sociopolitique, et non biologique, qui décrit avec précision tous les facteurs sociaux, environnementaux et structuraux qui pourraient se servir de la race comme mesure substitutive.
- **Nommer le racisme** et préciser le type (interpersonnel, institutionnel ou internalisé), le mécanisme d'action et d'autres formes intersectionnelles d'oppression (p. ex., fondée sur le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, la régionalité, la nationalité, la religion ou le revenu).
- **Ne jamais proposer d'interprétations génétiques** de la race, car ces suppositions n'ont aucun fondement scientifique.
- **Solliciter la participation du patient.** Utiliser des comités de révision communautaires ou former des tribunes de patients afin de veiller à ce que les résultats de la recherche reflètent les priorités des populations étudiées.
- **Identifier les enjeux.** « Toutes les politiques touchent la santé » et toutes les recherches sur les inégalités raciales en matière de santé ont une influence sur les politiques publiques globales et les pratiques cliniques. Informer les lecteurs de ces applications potentielles.
- **Citer les experts**, en particulier les boursiers de couleur dont les travaux servent de fondement aux connaissances pratiques du secteur sur le racisme et ses conséquences.

« Notre lexique tout entier – relations interraciales, discriminations, justice raciale, profilage racial, privilège blanc et même suprématie blanche – ne sert qu'à oblitérer l'expérience viscérale du racisme, le fait qu'il détruit des cerveaux, empêche de respirer, déchire des muscles, éviscère des organes, fend des os, brise des dents. **Rappelle-toi toujours que la sociologie, l'histoire, l'économie, les graphiques, les tableaux, les statistiques finissent tous par s'abattre sur le corps avec une violence inouïe.** »

Ta-Nehisi Coates, *Une colère noire*



« Puisque nous vivons à un âge où le silence est non seulement criminel mais suicidaire, j'ai fait (...) autant de bruit qu'il m'a été possible d'en faire. »

James Baldwin

Discussion