



Les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être : **REGARD SUR LES COMMUNAUTÉS RACIALISÉES DE LA RGT**

Sarah Sanford
Seong-gee Um
Mauriene Tolentino
Lucksini Raveendran
Kirandeep Kharpal
Nina Acco Weston
Brenda Roche



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Wellesley
Institute 
advancing urban health

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à cette étude et qui ont pris le temps de nous faire connaître leur point de vue et leur vécu lors des entrevues. Nous souhaitons aussi remercier les organismes communautaires de la région du Grand Toronto (RGT) qui ont contribué à nos efforts de recrutement en faisant circuler l'information concernant notre étude dans leurs réseaux.

Enfin, nous remercions les personnes suivantes de la Commission de la santé mentale du Canada et de l'Institut Wellesley pour leur soutien, leur leadership et leurs conseils tout au long de ce projet :

D^{re} Mary Bartram, directrice des politiques, Commission de la santé mentale du Canada

Francine Knoops, gestionnaire, Politiques et recherches, Commission de la santé mentale du Canada

Dr Kwame McKenzie, PDG, Institut Wellesley

Jesse Rosenberg, directeur des politiques, Institut Wellesley

La Commission de la santé mentale du Canada a contribué au financement de cette recherche.

Résumé

La pandémie de COVID-19 a produit des iniquités considérables sur le plan des résultats liés à la santé et aux questions d'ordre social, en plus d'amplifier des agents stressants comme le risque accru pour les gens d'être exposés à la COVID-19 et de contracter la maladie, de perdre leur emploi et de vivre de l'insécurité liée au logement et à l'alimentation. Ces stresseurs ont été particulièrement ressentis par les groupes déjà marginalisés, notamment les communautés racialisées; leurs effets néfastes sur la santé mentale ont été démontrés. Nous devons mieux établir comment les systèmes de santé et les communautés peuvent se préparer à faire face aux répercussions à long terme de la COVID-19 sur la santé mentale.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) s'est associée à l'Institut Wellesley pour étudier les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être des adultes racialisés en âge de travailler qui vivent dans la région du Grand Toronto (RGT). Cette recherche qualitative s'est penchée sur le vécu de membres de communautés racialisées et de représentants d'organismes communautaires afin d'étudier les pressions exercées sur ces personnes, les services de santé mentale et le soutien dont elles ont besoin, ainsi que les moyens de renforcer leur résilience après la pandémie à l'aide de démarches effectuées en amont.

Principales constatations

Les données recueillies proviennent d'entretiens semi-structurés réalisés avec 10 experts en la matière (p. ex., des représentants d'organismes communautaires, des chercheurs) et 22 participants qui s'identifiaient comme Noirs ou Asiatiques du Sud ou du Sud-Est et vivant dans la RGT. Les entretiens ont été menés en punjabi, en tamil, en tagalog et en anglais.

Les données révèlent que les participants ont subi des pressions (p. ex., l'isolement social) qui ont compromis leur santé mentale et leur bien-être durant les trois premières vagues de la pandémie. Les données montrent qu'en dépit de ces difficultés, les gens ont eu recours à un éventail de stratégies personnelles (p. ex., l'exercice physique, la tenue d'un journal) pour composer avec les sentiments accrus d'anxiété, de stress, de vulnérabilité et de désespoir provoqués par la pandémie.

Les organismes communautaires ont adopté diverses stratégies pour répondre à la demande croissante de soins de santé mentale et de services connexes durant les trois premières vagues de la pandémie. La recherche a également mis en lumière de nombreux obstacles limitant l'accessibilité des services de santé mentale appropriés, notamment les obstacles financiers, la difficulté à accéder aux services virtuels, la stigmatisation, les barrières culturelles et linguistiques et la méfiance face aux systèmes.

Si l'augmentation des problèmes de santé mentale était répandue chez les participants, les données ont également révélé des distinctions dans leur vécu. Tout au long de la pandémie, les expériences publiques et interpersonnelles de racisme et de discrimination ont eu de profondes répercussions sur la santé mentale de certaines personnes. Les résultats montrent toutefois que d'autres facteurs sociaux et économiques ont aussi influencé leur santé mentale et leur bien-être.

Les participants ont systématiquement indiqué que les facteurs généraux du travail, du revenu, du logement et des responsabilités en matière de soins étaient au cœur des difficultés qu'ils ont vécues durant la première année de la pandémie. Dans les cas où les pressions liées à la COVID-19 en particulier (p. ex., l'anxiété quant au risque de contracter la COVID-19) coïncidaient avec la perte d'emploi, la précarité du revenu et du logement et des responsabilités accrues en matière de soins, ces stresseurs pouvaient grandement compromettre la santé mentale et le bien-être des gens.

L'analyse proposée dans ce rapport fait état de la relation entre les déterminants sociaux de la santé mentale et les effets du racisme systémique et structurel, qui placent une proportion démesurée de personnes racialisées dans des situations de travail et de vie qui accentuent le risque de contracter la COVID-19 et qui les exposent davantage à des agents stressants néfastes pour la santé mentale.

Ces difficultés ne sont pas nouvelles. La recherche démontre depuis un certain temps comment les déterminants sociaux plus larges de la santé et le racisme systémique influencent la santé mentale, mais la COVID-19 a mis en relief et amplifié ces stresseurs et ces iniquités.

Recommandations

Les interventions politiques et de santé publique ciblant les disparités en matière de risque de maladie mentale et de traitements sont insuffisantes. Les mesures prises pour compenser les effets disproportionnés de la pandémie sur certains groupes devraient mettre l'accent sur des services de santé mentale et des démarches en amont qui s'attaquent aux disparités dans les déterminants sociaux de la santé en vue de réduire les inégalités qui en résultent chez les communautés racialisées, en plus de prôner des services de santé mentale qui soient sécuritaires, accessibles et qui tiennent compte de la réalité culturelle des gens.

Les actions suivantes permettraient de mettre sur pied une réponse systémique pour réduire les iniquités sur le plan de la santé mentale :

- inclusion et représentation des populations ayant vécu des disparités en matière de santé lors de la planification du système de santé mentale;
- systèmes de santé mentale qui s'attaquent au racisme et aux contextes historique et contemporain du colonialisme;
- financement adéquat et durable des organismes communautaires répondant aux besoins en matière de santé mentale et aux besoins connexes des membres de populations racialisées;
- solutions qui ciblent le rôle du racisme économique dans la création d'expériences inéquitables face à la COVID-19 et les écarts grandissants dans les actifs détenus par les différents groupes.

Table des matières

Introduction	7
Méthodologie	9
Résultats	11
Description de l'échantillon	11
Partie I : Problèmes de santé mentale et obstacles à l'obtention de services durant la pandémie de COVID-19	
Problèmes de santé mentale accentués durant la pandémie	12
Stratégies d'adaptation utilisées pour composer avec les problèmes de santé mentale	15
Obstacles à l'obtention de services de santé mentale	17
Partie II : Contexte social et économique général qui influence les expériences de problèmes de santé mentale	
Racisme et discrimination	23
Conditions de travail durant la pandémie	25
Pertes de revenu et insécurité financière	28
Conditions de logement et de vie	31
Responsabilités informelles en matière de soins	33
Influence des facteurs sociaux et économiques interreliés sur les expériences	35
Analyse	37
Diversité des expériences des participants	37
Racisme, discrimination et accès inéquitable aux déterminants sociaux de la santé	37
Lien avec le stress vécu quant au risque de contracter la COVID-19 et aux répercussions de la maladie	37
Répercussions sur la santé mentale et le bien-être	38
Obstacles à l'accès aux services de santé mentale	38
Élaboration d'une réponse systémique pour favoriser la santé mentale et le bien-être des populations racialisées	39
Limites de l'étude	40
Conclusion	42
Références	43

Introduction

La pandémie de COVID-19 a exposé et amplifié des iniquités de longue date dans notre société¹. De nouvelles statistiques ont démontré que les infections à la COVID-19 ont touché de façon disproportionnée les populations en quête d'équité, notamment les communautés à faible revenu et racialisées de l'Ontario et de la région du Grand Toronto (RGT)^{2,3,4}. Des données provenant des États-Unis et du Royaume-Uni ont aussi révélé que les personnes issues de populations racialisées sont plus susceptibles de contracter la COVID-19 et de présenter des résultats négatifs (p. ex., la mortalité)⁵. Des rapports initiaux ont montré que les groupes racialisés, qui composent à peine plus de la moitié de la population, représentent jusqu'à 83 % des cas déclarés à Toronto⁶.

Ces disparités sont alimentées par la probabilité nettement supérieure des personnes racialisées de vivre dans la pauvreté, d'accomplir un travail précaire mais essentiel et de vivre dans des quartiers où les logements sont surpeuplés et où l'accès aux soins de santé est inadéquat^{7,8}; on croit que tous ces facteurs augmentent le risque d'exposition à la COVID-19. Une récente étude du Centre canadien de politiques alternatives a confirmé qu'une plus forte proportion de ménages racialisés (31 %) ont vécu des difficultés financières durant la pandémie par rapport aux ménages blancs (16 %) au Canada. L'étude a déterminé que les travailleurs racialisés étaient surreprésentés dans les secteurs de l'industrie où 80 % des pertes d'emploi ont eu lieu. En outre, l'écart des taux de chômage entre les travailleurs racialisés et blancs a augmenté durant la pandémie (par rapport aux données de 2016)⁹.

Un nombre grandissant de preuves donne également à penser que la pandémie de COVID-19 peut avoir eu des conséquences plus substantielles sur la santé mentale et le bien-être des personnes racialisées. Un rapport de Statistique Canada¹⁰ a montré que les personnes racialisées présentaient des résultats de santé mentale inférieurs à ceux des personnes non racialisées au Canada. Selon l'Association canadienne pour la santé mentale¹¹, les personnes racialisées sont plus susceptibles d'avoir du mal à gérer leurs problèmes de santé mentale que la population générale (22 % contre 14 %) depuis le début de la pandémie.

Des chercheurs ont aussi constaté que d'autres déterminants sociaux de la santé ont eu une incidence majeure sur la santé mentale durant la pandémie; des facteurs comme l'insécurité d'emploi et le faible revenu ont été associés à une probabilité accrue de symptômes de dépression¹². De plus, un sondage mené par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a révélé des taux élevés de graves symptômes de dépression (32 %), de symptômes moyens à graves d'anxiété (45 %) et de pensées suicidaires (12 %) chez les répondants à faible revenu¹³.

La RGT a été frappée plus durement par la COVID-19 que toute autre région de l'Ontario. Conséquemment, elle a été soumise à des mesures de santé publique plus restrictives durant les trois premières vagues. Ce phénomène s'explique par des raisons complexes et découle de facteurs multiples, notamment la densité de la population et le volume d'industries, de commerces et de personnes qui voyagent dans la région. Il faut noter que les régions ayant enregistré des taux de COVID-19 plus élevés qu'ailleurs (p. ex., la région de Peel) comptent une surreprésentation de travailleurs essentiels dans des secteurs comme la fabrication et la vente au détail ainsi qu'une représentation plus élevée de groupes racialisés qu'ailleurs dans la RGT¹⁴. Cette réalité fait ressortir l'importance de s'attarder aux expériences vécues par les adultes en âge de travailler issus des communautés racialisées de la RGT.

Les inégalités constatées dans les documents émergents sur la COVID-19 font apparaître la nécessité de mener davantage de recherches afin d'éclaircir les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et le bien-être de populations historiquement défavorisées, dont les personnes racialisées, dans la RGT. Bien qu'il existe de plus en plus de preuves des disparités raciales dans les répercussions sanitaires et socioéconomiques de la pandémie, les connaissances actuelles ne permettent pas encore de comprendre comment les populations racialisées composent avec les difficultés qui s'y rattachent ni de déterminer les éléments requis pour maintenir et améliorer leur santé mentale et leur bien-être pendant et après la pandémie. Une meilleure connaissance des expériences vécues dans les communautés racialisées est particulièrement capitale compte tenu des répercussions inégales de la pandémie dans cette région.

L'Institut Wellesley et la CSMC ont mené un projet de recherche visant à étudier les expériences d'adultes en âge de travailler issus de communautés racialisées durant la pandémie de COVID-19, en particulier les difficultés qu'ils ont rencontrées et les stratégies employées pour maintenir et améliorer leur santé mentale et leur bien-être, de même que les démarches en amont visant à favoriser leur santé mentale.

Cette étude donne suite à d'autres travaux entrepris par la CSMC pour approfondir la compréhension des déterminants de la santé mentale chez les personnes racialisées et à faible revenu dans le contexte de la COVID-19. La recherche mènera notamment à la conception d'un cadre conceptuel établissant le colonialisme et le racisme structurel et systémique comme causes fondamentales des iniquités vécues sur le plan de la santé mentale en raison de l'accès inégal aux déterminants sociaux de la santé. Ce travail regroupe des recherches mettant particulièrement l'accent sur des

domaines comme l'emploi, le revenu, le logement, l'insécurité alimentaire et l'accès aux systèmes et aux établissements de santé afin de mieux comprendre les répercussions inégales de la COVID-19 sur les communautés racialisées et à faible revenu.

Sur la base de ce travail conceptuel, l'équipe de recherche a également effectué une étude qualitative axée sur trois questions principales : i) Quelles sont les pressions subies par les personnes racialisées et en âge de travailler de la RGT et comment s'en sortent-elles depuis le début de la pandémie de COVID-19?; ii) Quels sont les services de santé mentale et le soutien dont elles ont besoin?; iii) Comment peut-on favoriser la résilience de ces personnes aujourd'hui et après la pandémie au moyen de démarches en amont?

À partir des entretiens réalisés avec des participants qui s'identifiaient comme Noirs, Asiatiques du Sud ou du Sud-Est et des experts en la matière sélectionnés dans la RGT, le présent document cherche à élucider les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et le bien-être des gens ainsi que l'incidence de facteurs sociaux et économiques plus larges sur leurs expériences. Les constats sur les répercussions de la COVID-19 vont dans le même sens que des travaux antérieurs qui avaient fait ressortir la nécessité de déployer une vaste réponse à l'échelle du système afin de soutenir adéquatement la santé mentale et le bien-être des populations racialisées.

Méthodologie

Des entretiens qualitatifs ont été réalisés afin de recueillir les expériences et les points de vue de deux principaux groupes-échantillons : i) des participants ayant un savoir expérientiel ii) des experts en la matière. Pour être retenus dans l'échantillon, les participants ayant un savoir expérientiel devaient répondre aux critères suivants :

- demeurer dans la RGT;
- être âgés de 18 à 64 ans;
- s'identifier comme Noir, Asiatique du Sud ou du Sud-Est;
- parler le punjabi, le tamil, le tagalog ou l'anglais.

Cet ensemble de critères d'inclusion a été défini à partir de données montrant que les personnes noires, asiatiques du Sud ou du Sud-Est formaient les trois groupes racialisés les plus surreprésentés parmi les cas de COVID-19 à Toronto et à Peel; l'anglais, le punjabi, le tamil et le tagalog font partie des langues les plus couramment parlées à la maison chez les groupes racialisés sélectionnés¹⁵.

Les entrevues avec les participants issus des communautés racialisées choisies portaient sur leur expérience générale de la pandémie (p. ex., les pressions subies et les stratégies d'adaptation), sur leurs besoins en matière de santé mentale en lien avec la COVID-19, notamment en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé (p. ex., le logement, l'emploi, les relations interpersonnelles) et sur l'utilisation de services informels et formels pour obtenir de l'aide en santé mentale.

Les experts en la matière ont été recrutés en fonction de leur connaissance spécialisée de la santé mentale et du bien-être dans les communautés racialisées de la RGT, acquise dans le cadre de leur travail en prestation de services, en recherche ou en orientations politiques. Les entrevues avec les experts visaient à repérer les lacunes dans le soutien et les services de santé mentale durant la pandémie et en général, ainsi qu'à déterminer les démarches en amont susceptibles de renforcer la résilience des populations en quête d'équité.

Afin d'obtenir une représentation aussi diversifiée que possible dans le groupe de participants ayant un savoir expérientiel, nous avons effectué un échantillonnage contrôlé en fonction de facteurs comme l'identité ethnoraciale autodéclarée, ^a l'identité de genre et l'âge¹⁶. Le groupe d'experts a également été formé au moyen d'un échantillonnage contrôlé afin de représenter la diversité des communautés et des perspectives.

Pour le recrutement des participants ayant un savoir expérientiel, les chercheurs ont publié l'information sur l'étude et le recrutement dans les médias sociaux et ont mandaté des agences communautaires (dans leurs réseaux et à l'extérieur) pour diffuser la documentation sur l'étude au moyen de listes de courriels et d'infolettres. Les personnes qui souhaitaient participer à l'étude devaient communiquer par courriel ou par téléphone avec les chercheurs, qui déterminaient leur admissibilité. Pour les entrevues avec les experts en la matière, les chercheurs ciblaient des participants potentiels en fonction de leur expertise et les invitaient à prendre part à l'étude en leur écrivant à partir d'adresses courriel publiques appartenant aux organisations pour lesquelles ils travaillaient.

Des entretiens qualitatifs semi-structurés ont été réalisés entre février et avril 2021. Au début de février, une troisième vague de COVID-19 a été déclarée en Ontario. L'état d'urgence a été déclaré dans la province durant cette période et deux épisodes de confinement ont forcé les gens à rester à la maison, sauf pour des activités essentielles (p. ex., le travail pour les travailleurs essentiels, l'achat d'articles essentiels). Par conséquent, tous les efforts de recrutement et de collecte de données ont été effectués en ligne ou par téléphone. Au moment de la cueillette de données, la campagne de vaccination populaire ne faisait que commencer au Canada et bien des adultes en âge de travailler attendaient de recevoir leur première dose de vaccin.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique à la recherche de l'Université Ryerson en janvier 2021 (dossier n° 2020-533).

Cinq chercheurs de l'Institut Wellesley et de la CSMC ont mené les entrevues en anglais, punjabi, tamil et tagalog avec les participants. Tous les entretiens avec les experts se sont déroulés en anglais et environ le tiers des entrevues avec les participants ayant un savoir expérientiel ont été réalisés en punjabi, tamil ou tagalog ou une combinaison d'anglais et d'une de ces langues. Les entrevues ont eu lieu par téléphone et par vidéoconférence (p. ex., Zoom).

^a Les participants potentiels ont été invités à s'identifier en fonction de grandes catégories ethnoraciales tirées d'outils de collecte de données démographiques établis (voir le document *Measuring inequities in COVID-19 : Enhancing socio-demographic data collection*, au <https://www.healthcommons.ca/project/covid19-sociodemographic-data-collection>

Les entretiens duraient entre 35 et 70 minutes. Elles ont été enregistrées puis transcrites textuellement par des entreprises de transcription. Les transcriptions ont été analysées par l'équipe de projet chez NVivo au moyen d'une approche d'analyse thématique¹⁷. Les chercheurs ont notamment utilisé une technique d'analyse inductive où des codes émergents étaient générés de façon systématique directement à partir des données.

Après avoir examiné les données au préalable, les chercheurs ont élaboré une matrice de codage comprenant une liste de codes thématiques ciblés. Ils ont compilé une liste préliminaire ainsi que leurs observations. À partir des discussions, ils ont révisé les codes thématiques puis ont appliqué ceux-ci à toutes les transcriptions. À mesure que leur analyse progressait, ils ont regroupé les codes en thèmes plus généraux, qu'ils ont organisés et raffinés à mesure qu'ils traitaient les données.

Les membres de l'équipe ont poursuivi leurs discussions tout au long de l'analyse afin de corroborer leurs interprétations, de repérer des thèmes et des tendances reflétant les points communs et les différences dans les expériences et les points de vue des participants, ainsi que pour surmonter les points de divergence au sein du groupe.

Résultats

Description de l'échantillon

L'échantillon comptait 10 experts en la matière et 22 participants ayant un savoir expérientiel. Les experts étaient des fournisseurs de services représentant des agences communautaires de services de santé et de santé mentale qui servent les personnes noires, asiatiques du Sud, du Sud-Est et de l'Est et d'autres communautés dans la RGT ainsi que des chercheurs œuvrant auprès des communautés racialisées dans des domaines liés à la santé mentale. L'échantillon comportait des représentants de sept agences de services de santé communautaires occupant des postes de haute direction, de gestion, de direction et de prestation de services de première ligne.

Le tableau 1 résume quelques-unes des caractéristiques sociodémographiques des participants ayant un savoir expérientiel. La majorité de ces personnes étaient des femmes. Près de 60 % des participants étaient âgés de 20 à 39 ans, 23 % étaient dans la quarantaine et 18 % avaient 50 ans ou plus. La moitié des répondants s'identifiaient comme Sud-Asiatiques, 27 % comme Asiatiques du Sud-Est et 23 % comme Noirs. Parmi les onze personnes qui s'identifiaient comme Sud-Asiatiques, deux parlaient le punjabi et trois parlaient le tamil lors des entretiens. Parmi les six participants qui s'identifiaient comme Asiatiques du Sud-Est, trois parlaient le tagalog lors des entretiens. Près de trois personnes sur quatre étaient nées à l'extérieur du Canada.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Facteur sociodémographique	Ventilation de l'échantillon, n=22 (n ^{bre}) (%)
Genre	Femme (16) (72 %) Homme (5) (23 %) Non binaire (1) (5 %)
Âge	Vingtaine (6) (27 %) Trentaine (7) (32 %) Quarantaine (5) (23 %) Cinquantaine ou soixantaine (4) (18 %)
Identité ethnique ou raciale	Sud-Asiatique (11) (50 %) Asiatique du Sud-Est (6) (27 %) Noir (5) (23 %)
Langue d'entrevue	Anglais (14) (64 %) Punjabi et anglais (2) (9 %) Tamil et anglais (3) (14 %) Tagalog et anglais (3) (14 %)
Né(e) au Canada	Non (16) (74 %) Oui (6) (27 %)
Situation d'emploi	Temps plein (12) (55 %) Temps partiel (4) (18 %) Sans emploi (6) (27 %)
Revenu du ménage	Moins de 35 000 \$ (4) (18 %) 35 000 \$ à 60 000 \$ (6) (27 %) 60 000 \$ à 80 000 \$ (3) (14 %) Plus de 80 000 \$ (6) (27 %) Préfère ne pas répondre (3) (14 %)

Au moment des entretiens, six participants étaient sans emploi, alors que les autres étaient employés à temps plein (12) ou à temps partiel (4). Parmi les personnes qui avaient déclaré le revenu de leur ménage, celui-ci variait entre 15 000 \$ et 180 000 \$. Quatre ménages avaient un revenu de moins de 35 000 \$, six entre 35 000 \$ et 60 000 \$, trois entre 60 000 \$ et 80 000 \$ et six touchaient 80 000 \$ ou plus. Le nombre de membres du ménage soutenus par le revenu déclaré s'étendait d'un à six, avec une moyenne de quatre.

Partie I : Problèmes de santé mentale et obstacles à l'obtention de services durant la pandémie de COVID-19

Les résultats de recherche montrent que les participants ont vécu des pressions considérables ayant compromis leur santé mentale et leur bien-être durant les trois premières vagues de la pandémie. Ainsi, la pandémie a souvent été décrite comme une source de stress. En même temps, les données révèlent que les répondants employaient un large éventail de stratégies d'adaptation formelles et informelles pour gérer les répercussions négatives sur leur santé mentale durant la pandémie et après celle-ci.

Les résultats laissent également croire que les personnes issues de communautés racialisées dans la RGT ayant besoin de services de santé mentale accessibles, sécuritaires et adaptés sur le plan culturel rencontrent encore des obstacles dans l'obtention de ces services, par exemple des difficultés financières ou l'absence de fournisseurs ayant des perspectives ou des origines communes.

Problèmes de santé mentale accentués durant la pandémie

Tous les participants à l'étude ont dit souffrir d'une anxiété et de problèmes de santé mentale plus grands depuis le début de la pandémie. Divers stresseurs ont été rapportés, notamment l'anxiété d'attraper et de transmettre le virus, le sentiment d'isolement social, l'incertitude entourant le travail, le revenu et l'avenir en général ainsi que la difficulté à composer avec les changements provoqués par la pandémie (p. ex. les responsabilités accrues en lien avec les soins et la famille).

Les sentiments d'isolement et de déconnexion de la communauté et des amis étaient une source de stress pour bien des répondants.



Quand vous restez à la maison toute la journée, votre moral en souffre parce que vous n'avez aucune occasion de communiquer, même pas pour dire bonjour à un voisin ou partager un repas avec des amis ou des voisins. L'interdiction de fêtes et de rassemblements a eu de profondes répercussions sur la grande communauté du sud de l'Inde. Cette situation a causé du stress à tout le monde dès le départ.

(L13, femme, Sud-Asiatique, tamil, trentaine)



La citation de cette participante, qui venait d'immigrer au Canada au début de 2021, illustre les effets néfastes de l'absence de socialisation et de rassemblements en personne, qui sont essentiels au sentiment de communauté et à la création de sens pour les gens. Les restrictions entourant les interactions pourraient avoir des effets encore plus puissants chez les personnes ayant quitté récemment leur pays d'origine et leur famille pour immigrer au Canada. Un participant expert travaillant avec des aidants migrants a dit avoir entendu des récits d'anxiété et de dépression extrêmes en raison de l'interaction entre les effets de l'isolement social et d'autres stresseurs, comme les retards dans les demandes de résidence permanente, l'impression d'être « prisonniers » au domicile de leur employeur durant les confinements (dans le cas des aides familiaux résidents) et la séparation prolongée de la famille vivant dans leur pays d'origine, p. ex. les Philippines.

De plus, certains participants ont fait état de leur inconfort par rapport aux rencontres virtuelles, où ils avaient du mal à interagir et tisser des liens. Comme énoncé par une femme dans la trentaine, sa difficulté à socialiser a été accentuée dans le contexte virtuel.



Je suis une personne introvertie. Je n'étais pas vraiment entourée d'une communauté forte avant la pandémie, mais j'avais des liens avec certains organismes et certains groupes, ce qui m'aidait un peu. J'étais membre d'un groupe confessionnel, cela m'apportait du réconfort dans l'aspect spirituel de ma vie. Mais durant la pandémie, les rencontres du groupe n'avaient plus la même signification pour moi quand elles avaient lieu de façon virtuelle. J'interagis davantage en personne parce que je suis assez silencieuse de nature. Mes interactions passent beaucoup par mes expressions et par l'observation des expressions des autres.

(L09, femme, Noire, Africaine/Caribéenne, trentaine)



Certains participants ont aussi dit ressentir du stress face à la situation mondiale en général et avoir conscience des iniquités et de l'injustice grandissantes. Par exemple, une participante a émis des inquiétudes quant aux conséquences de la pandémie dans des régions du monde moins bien outillées pour y faire face.



J'étais anéantie de voir ce qui se passait ailleurs. Tant de décès et tout le reste. La COVID-19 a eu des répercussions désastreuses dans le monde, c'est difficile à accepter. Je me suis demandé comment Dieu pouvait laisser une telle catastrophe se produire. Je sais que l'itinérance et la pauvreté existent, mais ça, c'était trop. Je me suis beaucoup questionnée, jusqu'à mettre en doute ma foi. Donc oui, la pandémie a eu de très fortes conséquences.

(L16, femme, Noire, Caribéenne, trentaine)



La conscience des souffrances causées par la pandémie a pesé lourdement sur bien des gens, comme cette participante qui remettait la pandémie dans le contexte d'autres conséquences de l'inégalité (p. ex., la pauvreté). Alors qu'elle expliquait son sentiment de désespoir sous l'angle de sa foi, d'autres répondants ont proposé différentes explications de la cause et de l'effet des agents stressants de la pandémie, comme rapporté dans les sections ci-dessous.

Certains se sentaient vulnérables face au risque d'attraper la COVID-19, c'est-à-dire que leur stress naissait davantage de leurs craintes concernant leur santé physique et celle de leurs proches. Souvent, ces récits dénotaient une nette interconnexion entre la santé mentale et la santé physique.



Je n'allais vraiment pas bien. Mentalement, j'étais au bout du rouleau. Il y avait beaucoup d'anxiété chez moi parce que mes deux parents viennent d'avoir 59 ans. Ça nous inquiète beaucoup. Les problèmes de santé mentale aussi pesaient lourd... J'ai aussi des problèmes de santé physique. Je souffre d'asthme sévère. Additionné à mes problèmes de santé mentale, c'était très très difficile. Je n'ai pratiquement pas quitté la maison parce que le risque était trop grand pour ma santé.

(L15, femme, Noire, Caribéenne, trentaine)



Cette participante a raconté qu'en raison de ses inquiétudes pour les membres de sa famille, qui couraient un risque plus élevé de maladie grave ou de décès s'ils attrapaient la COVID-19, conjuguées à ses craintes pour sa propre santé mentale et physique, elle a vécu difficilement la pandémie.

Malgré certaines variations en ce qui concerne les difficultés sur le plan des émotions et de la santé mentale dans l'échantillon, la plupart des participants ont rapporté un éventail de manifestations physiques et émotionnelles du stress, de l'anxiété et de la dépression provoquées ou empirées par la pandémie. Ils ont notamment souffert de perturbations du sommeil, d'une perte de motivation à maintenir des pratiques d'autosoins et d'hygiène personnelle et de la difficulté à réguler des comportements comme l'alimentation et à contrôler leurs émotions (p. ex., des pleurs incontrôlables devant leurs enfants).



J'ai trouvé vraiment, vraiment difficile de garder la tête hors de l'eau. Mon travail en a souffert et j'en ai souffert. Je ne dormais plus. Je ne mangeais plus. J'ai perdu beaucoup de poids, au point où je flottais dans mes vêtements, comme aujourd'hui d'ailleurs. J'avais du mal à m'endormir, et c'est encore le cas. Je dors quatre ou cinq heures par nuit au plus, ce qui est plutôt inhabituel pour moi.

(L02, homme, Sud-Asiatique, quarantaine)



D'autres personnes ont décrit des symptômes similaires de détresse. L'une d'elles a raconté avoir dû recommencer à prendre des médicaments après des années à gérer efficacement son anxiété au moyen de méthodes non pharmaceutiques. Des participants experts ont expliqué qu'ils avaient constaté une hausse dans la consommation de substances pour faire face à la situation et que certains de leurs clients avaient du mal à composer avec des traumatismes antérieurs en raison du stress provoqué par les restrictions liées à la pandémie (p. ex., les services en personne plus rares). Dans l'ensemble, les participants ont témoigné des répercussions négatives considérables causées par les stressseurs liés à la pandémie sur leur santé mentale et leur bien-être.

Stratégies d'adaptation utilisées pour composer avec les problèmes de santé mentale

Les participants ont employé un large éventail de stratégies pour faire face aux problèmes de santé mentale vécus durant la pandémie. Ils ont adopté des stratégies d'adaptation personnelles comme la marche et d'autres types d'exercice physique, des activités comme la tenue d'un journal, le temps de qualité passé en famille et le maintien de liens sociaux. Une participante a souligné sa capacité nouvelle à prendre contact avec davantage de personnes grâce à une utilisation accrue des plateformes virtuelles.



C'est difficile parce que je ne vois personne, je ne peux pas prendre mes proches dans mes bras. Je ne peux pas leur parler face à face, avoir de vraies interactions physiques... Par contre, en y repensant, je me suis rendu compte que je suis tout aussi occupée qu'avant. Ça m'amène à me demander si j'aurais vu ces personnes s'il n'y avait pas eu la pandémie. Probablement pas toutes. Je crois que je suis en mesure de rejoindre plus de personnes, de les voir et d'interagir, même si c'est en ligne, parce que je n'ai pas à prévoir le temps pour me déplacer jusqu'à elles. Si je devais les rencontrer en personne, je n'en ferais pas autant. J'ai l'impression de voir plus de gens grâce à la formule virtuelle si vous voyez ce que je veux dire.

(L03, femme, Sud-Asiatique, vingtaine)



Les données montrent également que les sources informelles ont été particulièrement utiles pour offrir un soutien émotionnel aux gens durant la pandémie. Les membres de la famille et les amis ainsi que les communautés virtuelles et les groupes sociaux ont joué ce rôle.



Il y a beaucoup d'inconnu et ça m'empêche de dormir. Mes stratégies d'adaptation se résument à... pleurer [rires]! Vous savez, pour certaines personnes, ça aide. Il faut tout évacuer ce qui nous hante, puis reprendre du début. J'ai commencé à m'exprimer davantage, puis nos conversations ont commencé à tourner autour des problèmes de santé mentale. J'ai commencé à demander à mes cousins et mes amis comment ils se sentaient. J'étais stupéfaite de me rendre compte que je n'étais pas seule dans ma détresse.

(L06, femme, Noire, Caraïbienne, quarantaine)



Cette participante raconte que de discuter de sa situation avec ses proches et de prendre conscience que son expérience était partagée, en plus de lui procurer un soulagement émotionnel, l'avait grandement aidée à passer au travers.

En plus des stratégies d'adaptation personnelles et du soutien informel, plusieurs participants ont demandé et obtenu de l'aide auprès de sources formelles, notamment des services de counseling dans le cadre de leur emploi, des lignes d'écoute téléphonique et des services virtuels comme des groupes communautaires ou des programmes de thérapie (p. ex., la thérapie cognitivo-comportementale en ligne). Une participante a indiqué que les services de santé mentale qu'elle avait reçus par l'entremise de son employeur avaient réduit son niveau de stress et d'anxiété.



Encore une fois, la thérapie par la parole m'a énormément aidée. Ensuite, quand j'ai reçu une prescription pour m'aider à dormir, j'ai enfin pu faire baisser le niveau d'anxiété que je ressentais. J'ai suivi quatre séances, et je peux dire que dès la deuxième, j'ai senti un soulagement. J'ai utilisé les quatre séances et je sens que mon état s'est amélioré.

(L06, femme, Noire, Caribéenne, quarantaine)



En ce qui concerne les changements dans la demande de services depuis le début de la pandémie, les participants experts ont signalé une hausse considérable dans les besoins des personnes racialisées et de leur famille en matière de services de santé mentale formels. Un dirigeant d'un organisme communautaire qui sert les personnes sud-asiatiques a remarqué que « les besoins en matière de santé mentale des Sud-Asiatiques ont explosé durant la pandémie ». Ce constat est partagé par d'autres experts travaillant auprès d'autres communautés ethnoculturelles.



Recevons-nous davantage de clients? Absolument! Avons-nous des listes d'attente? Oui, et c'est seulement un des effets secondaires de la Covid auquel les gens ne pensent pas nécessairement. Je crois que la collectivité n'a pas compris que la pandémie aurait des répercussions sur le plan de la santé mentale ou qu'on assisterait à une hausse des dépendances dans la communauté.

(Un fournisseur de services de santé mentale)



Les communautés racialisées réclament depuis longtemps un meilleur accès aux soins de santé mentale, et la pandémie a multiplié les besoins en la matière. Pour répondre à la demande, bien des organismes ont demandé un financement accru et adopté diverses méthodes pour augmenter leur capacité à répondre aux besoins de la communauté. Ils ont notamment embauché davantage de personnel et de spécialistes de la santé mentale, lancé des programmes de counseling virtuel et des lignes téléphoniques, élargi leurs heures d'ouverture et mis sur pied de nouveaux programmes (p. ex., le soutien par les pairs). Au sujet de leur travail durant la pandémie, les experts ont souligné leurs efforts continus pour fournir des services de santé mentale appropriés sur le plan culturel et adaptés aux besoins de divers groupes de population racialisés.

Obstacles à l'obtention de services de santé mentale

Obstacles financiers et accès dans le contexte virtuel

Les participants qui ont été en mesure de recevoir des services de santé mentale formels, comme du counseling professionnel, durant la pandémie ont dit avoir vécu une expérience positive. Par ailleurs, plusieurs répondants ont dit avoir vécu des difficultés financières dans l'obtention de ces services. Par exemple, lorsqu'elle a cherché à obtenir une aide professionnelle, la participante citée ci-dessous s'est rendu compte que les prestations de santé offertes par son employeur ne couvraient pas les services de santé mentale et qu'elle devait payer les séances elle-même. Elle a raconté s'en être remise à des ressources virtuelles gratuites en raison des obstacles financiers qui l'ont dissuadée d'obtenir les services professionnels de santé mentale dont elle avait besoin.



Dans mon cas, l'absence de couverture financière est la principale raison pour laquelle je ne l'ai pas fait ou pourquoi j'y ai mis fin après une séance, mais je suis convaincue que j'aurais gagné à continuer. On peut lire des articles et visionner des vidéos sur le sujet, mais c'est complètement différent d'être assise avec une vraie personne à qui on peut parler et qui nous répond en temps réel. On sait immédiatement ce qu'on doit faire et on peut passer à l'action. Je pense que si j'étais couverte, j'y ferais certainement appel.

(L12, femme, Sud-Asiatique, tamil, vingtaine)



Dans le contexte de la COVID-19, quand la plupart des services de santé mentale étaient offerts en ligne ou par téléphone, de nombreux participants ont rencontré des obstacles financiers pour se munir des appareils électroniques ou de la connexion Internet requis pour recevoir des services de santé mentale virtuels. Les participants experts ont indiqué qu'un grand nombre de leurs clients à faible revenu avaient difficilement accès à un appareil ou une connexion Internet fiable offrant suffisamment de bande passante pour suivre leurs séances de counseling, ce qui pouvait accroître leur isolement social.



De nombreuses personnes avaient peur de se rendre à notre établissement pour voir leur fournisseur de soins, même si elles y étaient invitées. La prestation de nos services a beaucoup changé, et les besoins de nos clients ont considérablement augmenté. Ils avaient davantage besoin de services, particulièrement des services sociaux, qu'ils ne recevaient pas. Plusieurs n'avaient pas accès aux plateformes virtuelles parce qu'ils n'avaient pas l'Internet ou les appareils requis, ce qui fait qu'ils étaient coupés des services.

(Un dirigeant d'un centre de santé communautaire)



La prestation désormais virtuelle des services de santé mentale s'accompagnait d'autres difficultés pour bien des participants. Par exemple, pour expliquer son désir d'attendre que les services en personne reprennent, une participante a exprimé son inconfort dans les séances virtuelles.

“

Je n'aime pas particulièrement le faire en ligne. Je préfère vraiment interagir en personne. Cela fait que je n'ai pas poursuivi jusqu'au bout la thérapie dont je pense avoir besoin. J'attends la fin du confinement, ou alors j'attends d'atteindre un point où je n'aurai plus le choix d'accepter qu'une thérapie en ligne est mieux que rien du tout. En attendant, je dois m'en remettre à mes propres stratégies d'adaptation.

(L15, femme, Noire, Caribéenne, trentaine)

”

Par moments, les fournisseurs de services ont trouvé difficile de se connecter avec leurs clients en raison de questions de sécurité et d'intimité soulevées par l'obtention de services en ligne ou par téléphone. Puisque les membres de leur famille passaient plus de temps à la maison, certains participants n'avaient plus accès à un espace privé où ils étaient libres de parler de leurs problèmes de santé mentale avec un thérapeute ou des pairs en ligne. Les participants experts ont expliqué qu'il était en effet particulièrement difficile de prendre contact avec les clients qui ne disposaient pas d'un endroit sécuritaire pour assister à une séance en ligne ou au téléphone.

Expériences de stigmatisation

En ce qui concerne la réticence à demander des services de santé mentale, les répondants ont été nombreux à mentionner la stigmatisation entourant le fait de parler des problèmes de santé mentale dans les familles et les communautés. Des participants de différentes origines ethnoraciales ont vécu cette situation.

“

Je me sens plus à l'aise dans un vrai cabinet que dans ma propre chambre. Je ne sais pas trop, je ne sens pas que j'ai beaucoup d'intimité à la maison. Une fois, j'examinais différentes options de thérapie sur mon ordinateur. Puis je suis allée à la salle de bain, et en revenant, ma mère était là, à regarder les pages que j'avais consultées. J'ai dit « Qu'est-ce que tu fais là? » Elle a répondu « Pourquoi tu regardes ça? » Mes parents sont Philippins. Je crois que chez les personnes philippines [...] la thérapie est entourée de stéréotypes négatifs.

(L10, femme, Sud-Asiatique, philippin, vingtaine)

”



J'arrivais à dormir peut-être deux heures consécutives par nuit. Mon mari me disait que je devais faire quelque chose. Je ne savais pas comment il réagirait si je parlais de mes problèmes à quelqu'un. Dans notre culture, il y a certains tabous autour de la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue. C'est perçu comme un signe de faiblesse. On est amenés à se dire que les Noirs ont traversé tellement d'épreuves, alors on devrait être capable d'en faire autant! Qu'on n'a pas besoin d'aide extérieure, qu'on doit juste passer par-dessus dans sa tête. Mais quand on sait qu'on ne va pas bien, on doit accepter de demander de l'aide.

(L06, femme, Noire, Caribéenne, quarantaine)



Ces citations décrivent la stigmatisation ressentie par les participants en ce qui concerne l'obtention de services de santé mentale. Les perceptions négatives de la maladie mentale peuvent dissuader les gens de demander de l'aide et les amener à intérioriser la honte d'avoir besoin d'aide pour surmonter des problèmes de santé mentale.

Il faut noter que la deuxième citation ci-dessus soulève les multiples facteurs qui influent sur l'accès aux services de santé mentale par les personnes noires. Les grands processus et luttes historiques des communautés noires font partie de ces facteurs et nous rappellent que la stigmatisation entourant la maladie mentale ne découle pas d'un défaut inhérent à des personnes ou des communautés. Ce frein aux services de santé mentale s'est plutôt construit sous l'effet des iniquités et des rapports d'oppression de longue date dans les institutions coloniales qui fournissaient ces services¹⁸.

Obstacles culturels et linguistiques

Le thème de la disponibilité et de l'accessibilité de services appropriés sur le plan de la langue et de la culture est récurrent dans les données récoltées et forme un obstacle connexe. Plusieurs participants experts ont fait remarquer que le manque de services conçus spécialement pour les membres de communautés racialisées empêchait ces personnes de demander des services formels de santé mentale.

Alors que le manque d'accessibilité et les longs temps d'attente dans les services de santé mentale abordables ont été constatés par bon nombre de participants, plusieurs d'entre eux ont trouvé que le manque de professionnels de la santé mentale de la même origine ethnoraciale qu'eux et le manque de contenu thérapeutique tenant compte de leur culture constituaient des obstacles. Par exemple, une participante sud-asiatique a souligné l'importance d'avoir accès à des fournisseurs de services qui comprennent les dynamiques familiales des diverses communautés ethnoculturelles. Pour cette personne dans la vingtaine, la norme voulait qu'elle demeure avec ses parents après ses études universitaires, mais cette réalité ne correspondait pas à la culture dominante qu'elle percevait. Elle a souligné l'importance des services de santé mentale appropriés sur le plan culturel.

“

Sans aucun doute, la présence d'un thérapeute qui comprenne ma position et l'aborde en tenant compte de ma réalité culturelle m'aurait beaucoup aidée. Honnêtement, je ne sais pas où je pourrais obtenir un tel service. Un thérapeute portant un regard culturellement adapté sur notre façon de vivre les relations au sein de la famille, et même de notre parenté, ce genre de choses, et sur les conflits qui surviennent à la maison, me fournirait sans aucun doute des conseils et un soutien différents de ceux d'une personne issue de la société majoritaire.

(L04, femme, Sud-Asiatique, vingtaine)

”

De nombreux autres participants ont confirmé la difficulté de trouver un fournisseur de services de santé mentale qui comprenne ou partage leur contexte culturel. Une participante noire a raconté son hésitation à demander un professionnel noir dans sa recherche de services de santé mentale. Malgré son souhait d'être servie par une personne noire, elle s'est retrouvée « dans l'embarras, une situation inconfortable » où elle a dû « peser les pour et les contre des différents critères qu'elle recherchait », par exemple la facilité d'accès d'un service de santé mentale traditionnel, par opposition à une démarche et un environnement sécuritaires sur le plan culturel.

Tous les participants experts ont souligné l'importance que la prestation de services de santé mentale tienne compte des besoins culturels et linguistiques afin d'améliorer l'accès équitable aux services de santé mentale pour les groupes racialisés. Une dirigeante d'un organisme voué aux communautés sud-asiatiques a fait remarquer que les services de santé mentale fournis dans la RGT étaient majoritairement axés sur « des modèles très eurocentriques [...] qui ne sont pas conçus pour les communautés sud-asiatiques ». Ce point a été repris par d'autres experts, notamment ceux qui travaillent avec des populations noires:

“

Bien des gens supposent que si une technologie fonctionne pour une population dominante, elle conviendra à tout le monde, mais c'est faux. Lorsqu'on s'adresse à des gens d'autres cultures, il faut mettre à l'épreuve certaines de nos suppositions pour assurer qu'elles sont valides. On ne peut pas tenir pour acquis que la thérapie comportementale dialectique fonctionne pour tout le monde parce qu'elle fonctionne pour certaines personnes. Souvent, ce n'est pas le cas.

Par exemple, pour la communication, la création d'une relation thérapeutique, on ne suit pas nécessairement la même logique pour les populations africaines que pour les Européens. Pour une foule de raisons.

(chercheur universitaire et leader politique)

”

Les participants fournisseurs de services ont tous indiqué qu'ils s'efforçaient d'adapter leurs services aux besoins culturels et linguistiques de différents groupes ethnoculturels. Ils ont toutefois reconnu qu'ils faisaient partie des rares fournisseurs à offrir de tels services et que les ressources disponibles pour répondre aux besoins grandissants durant la pandémie étaient limitées. Certaines agences de services ont dû créer des listes d'attente durant la pandémie, et d'autres ont vu leurs listes d'attente s'allonger. Une agence offrant des services en plusieurs langues a mentionné que les temps d'attente avaient augmenté pour les clients qui privilégient une autre langue que l'anglais. Ceux qui demandent d'être servis en anglais attendent moins longtemps que les autres.

Méfiance face aux systèmes

Dans les communautés racialisées, le manque de confiance à l'égard des systèmes et des institutions a été décrit comme un obstacle de taille à l'obtention de services de santé mentale. Les participants experts, en particulier, estiment que la confiance constitue un facteur déterminant pour les communautés historiquement marginalisées qui sont exclues des services de santé.



Nous savons que souvent, les membres de communautés racialisées, les personnes noires en particulier, qui se présentent à l'hôpital avec des problèmes de santé mentale sont criminalisés. On appelle la police plutôt qu'un médecin ou un psychiatre. Cette dynamique est bien implantée et elle ne changera pas. Les gens n'osent pas appeler le 911 lorsqu'ils traversent une crise de santé mentale parce qu'ils croient qu'ils vont mourir. Dans les mains de notre système, auprès de personnes payées pour les protéger.

(Un dirigeant d'un centre de santé communautaire)



Les données provenant des experts montrent également que la méfiance face au système de santé peut se répercuter sur l'accès aux ressources liées à la COVID-19 (p. ex., les vaccins) et à des services de santé mentale indispensables. Pour répondre à cette problématique, divers groupes communautaires et fournisseurs de services ont adopté des démarches davantage axées sur la communauté et appropriées sur le plan culturel, par exemple en se dotant d'ambassadeurs multilingues ou de chefs de file de confiance pour établir des liens avec les membres de leur communauté et informer ceux-ci.

Les réponses de certains participants ayant un savoir expérientiel reflètent également leur méfiance face aux systèmes de soins de santé. Au moment de la collecte de données, la thrombose (caillots sanguins) comptait comme un rare effet secondaire d'un des vaccins contre la COVID-19. Elle a reçu beaucoup d'attention médiatique et a naturellement accentué l'anxiété de bien des gens face à la vaccination. Plusieurs participants ont évoqué ce sentiment, en plus d'un certain scepticisme quant à la capacité du gouvernement de protéger la population dans une période aussi incertaine. Certains participants remettaient en doute l'imputabilité des gouvernements et leur capacité à prendre des décisions dans l'intérêt de l'ensemble de la population. Une personne a émis le commentaire suivant :



J'ai découvert que la pandémie faisait ressortir la véritable nature de l'être humain. La plupart des gens ne pensent qu'à eux. Les politiciens font de beaux discours pour dire que « nous traverserons cette épreuve tous ensemble ». Vraiment? Parce qu'en réalité, si nous sommes tous unis, pourquoi voit-on des politiciens s'envoler vers leurs propriétés dans les Caraïbes? J'en comprends que les mots « nous sommes tous ensemble » ne sont rien de plus que du baratin de politicien pour tenter de rassembler tout le monde. Désormais, si des personnes disent de belles paroles pour tenter de m'insuffler un sentiment de motivation ou de fierté ou de valeur, je me méfierai. Je me demanderai ce qu'elles veulent de moi.

(L20, homme, Sud-Asiatique, trentaine)



Si cet exemple ne porte pas directement sur le problème de la confiance, il illustre le cynisme de certains participants, qui jugent que les institutions sociales censées servir le public (p. ex., les soins de santé, la classe politique, la police) ne représentent pas les intérêts du grand public et de leur communauté. Cette perception était liée aux sentiments de désespoir et de tristesse de certains participants face à la réalité mondiale.

La méfiance consécutive face aux figures d'autorité dans ces systèmes et face aux systèmes eux-mêmes a été reconnue comme un facteur de dissuasion pour les personnes racialisées cherchant à obtenir des soins de santé mentale¹⁹. Les données montrent que la méfiance risque de se répercuter sur le bien-être des personnes qui vivent de la désillusion et du détachement à l'égard des systèmes traditionnels où les services sont généralement offerts. Ces constats sont également mis en lumière dans la section suivante sur le racisme et la discrimination.

Partie II : Contexte social et économique général qui influence les expériences de problèmes de santé mentale

Les constatations présentées dans la Partie 1 décrivent les répercussions négatives de la pandémie vécues par les participants de différentes populations ethnoraciales sur le plan de leur santé mentale et de leur bien-être, les différentes stratégies qu'elles ont mises en œuvre et les ressources utilisées pour faire face à ces difficultés, de même que les obstacles rencontrés en ce qui concerne l'accès aux services de santé mentale appropriés.

Si bien des participants ont dit vivre davantage de problèmes de santé mentale, les données révèlent également des différences entre les expériences vécues par chacun. Un des thèmes ressortant des données est le rôle des expériences publiques et interpersonnelles de racisme et de discrimination comme facteur social lourd de conséquences pour la santé mentale.

Certains participants ont vécu des pressions accrues causées par d'autres déterminants sociaux et économiques de la santé, selon leur lieu de vie et leur rôle dans leur famille, à leur travail et dans la société. Dans l'ensemble, le fardeau occasionné par les changements dans la situation d'emploi, l'incertitude entourant les finances et le logement ainsi que les responsabilités familiales et domestiques accrues ont eu pour effet d'intensifier le stress et les répercussions causés par la pandémie sur la santé mentale, qui pesait déjà lourd sur la plupart des répondants.

L'analyse qui suit démontre l'effet des facteurs sociaux et économiques, qui amplifient les stressés liés au risque d'exposition à la COVID-19 et à d'autres conséquences de la pandémie (p. ex., la perte d'emploi) et qui compromettent la santé mentale et le bien-être en général.

Ces éléments sont réexaminés dans l'analyse dans le but d'établir des liens avec d'autres études et de démontrer que des interventions plus vastes au niveau des systèmes sont requises afin de cibler les iniquités sociales et économiques et de favoriser la santé publique et l'accès équitable aux soins de santé mentale pour les populations racialisées.

Racisme et discrimination

De nombreux répondants ont évoqué le rôle du racisme et de la discrimination dans leurs expériences négatives en santé mentale durant la pandémie. En plus des récits de racisme interpersonnel et systémique des participants, plusieurs incidents publics violents de racisme ont été couverts dans les médias au moment de l'étude et ont pu se répercuter sur le bien-être des participants.

Lors de la collecte de données, une fusillade contre des Américains d'origine asiatique a eu lieu à Atlanta, où huit personnes, surtout des femmes, ont été tuées. Cet événement a coïncidé avec une couverture et une prise de conscience accrues de la flambée des crimes haineux envers les communautés asiatiques et de la stigmatisation associée au racisme depuis le début de la pandémie au Canada²⁰. Un participant expert a raconté les réflexions de ses clients au sujet de la discrimination qu'ils ont vécue dans le contexte de déclarations racistes comme celles de l'ancien président Trump, au sujet de l'origine du virus.



Le racisme contre les Asiatiques a commencé à prendre énormément de place. Bien des clients l'ont constaté et en ont parlé. Ils se questionnaient au sujet des expériences qu'ils vivaient, que ce soit par leurs lectures sur Internet ou quand ils étaient pris pour cible en ligne, peut-être même avant le confinement, si tout cela constituait des microagressions et du racisme. Et ce, uniquement parce qu'ils étaient Asiatiques de l'Est ou Chinois. Et comme on sait, dans la rhétorique de Trump, c'était le « virus chinois », et tout ça. Ce type de racisme a pris son envol à ce moment.

(Un fournisseur de services de santé mentale)



Dans ce contexte, un participant sud-asiatique qui a immigré au Canada en 2012 a raconté s'être senti accusé de propager la COVID-19 dans la collectivité, surtout au début de la pandémie.



Parce que nous sommes Sud-Asiatiques, nous achetons de magasins sud-asiatiques. Au début, un de ces commerces a connu une éclosion de COVID-19, alors les gens se sont mis à nous regarder de travers. Lorsque nous entrons ensuite dans d'autres boutiques appartenant à d'autres cultures, les gens nous regardent comme si nous avions introduit la COVID-19 ici. C'est ce que je ressentais. Nous sommes venus de si loin pour nous établir au Canada, mais eux croient que nous sommes responsables d'avoir apporté la COVID-19. Quand les gens ont constaté que tout le monde était en danger, cette peur collective était déjà là au départ.

(L21, homme, Sud-Asiatique, tamil, cinquantaine)



Depuis son arrivée au Canada, ce participant était plusieurs fois retourné dans son pays d'origine en raison de la difficulté à trouver un emploi et des exigences liées à la résidence permanente. Cette citation montre combien il a trouvé pénible d'être exclu de certains espaces au Canada et illustre les répercussions sur son sentiment d'appartenance.

Dans de nombreuses entrevues, particulièrement avec les participants noirs et les experts qui servent les communautés noires, le meurtre de George Floyd, un homme noir, par un policier à Minneapolis en mai 2020 a été cité en exemple. Plusieurs participants experts ont soutenu que cet événement avait été particulièrement nocif pour le bien-être des membres de la communauté.

“

L'incident avec George Floyd, son meurtre, a eu un effet fragilisant sur bien des gens qui souffraient déjà de problèmes de santé mentale. Le fait d'en entendre parler, de revoir en boucle la vidéo, en plus de tout ce qui se passait en même temps, ça a eu des effets dévastateurs sur beaucoup de gens.

(Dirigeant d'une agence communautaire)

”

Les participants ont signalé que les expériences de racisme sous diverses formes avaient accentué leur anxiété et leurs problèmes de santé mentale, particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Une participante noire a livré le récit suivant :

“

Je suis travailleuse de première ligne dans un hôpital. Pour moi, les réalités de la COVID-19 sont très concrètes. Mon anxiété est très élevée lorsque je suis entourée de grands groupes. Comme mon cercle intime est principalement composé de personnes noires, caribéennes, et sachant que nous sommes touchés de façon disproportionnée et que nous ne recevons pas le même traitement médical que les personnes blanches, mon anxiété est d'autant plus intense.

(L06, femme, Noire, Caribéenne, quarantaine)

”

L'anxiété de cette participante en lien avec la transmission du virus était accentuée parce qu'elle savait que les communautés noires étaient contaminées en nombres disproportionnés par la COVID-19, en plus de subir de la discrimination dans les services de santé et d'autres systèmes.

D'autres participants ont mentionné que les expériences générales de racisme vécues au travail et ailleurs avaient eu un effet négatif sur leur sentiment de bien-être. Par exemple, une répondante noire dans la trentaine, motivée entre autres par le mouvement international Black Lives Matter, a raconté avoir commencé à réfléchir intensément aux effets du racisme intériorisé et aux microagressions subies au travail, qui ont considérablement miné son bien-être mental. De nombreux participants ont affirmé que leurs expériences de racisme et de discrimination avaient accru leur sentiment de vulnérabilité et affaibli leur sentiment d'appartenance et de sécurité.

Conditions de travail durant la pandémie

Les expériences vécues sur le marché du travail étaient variées; certaines personnes reconnaissaient leur avantage relatif d'occuper un emploi stable avec de bonnes conditions de travail (p. ex., un poste fixe, bien rémunéré, ou la possibilité de travailler à distance), alors que d'autres vivaient dans une situation professionnelle plus précaire.

Les participants qui travaillaient désormais à domicile ont raconté l'anxiété accrue causée par le télétravail ainsi que les problèmes qui s'y rattachaient, comme la difficulté à établir un équilibre entre le travail et les responsabilités personnelles à la maison. De plus, certains répondants ayant commencé un nouvel emploi durant la pandémie ont dit avoir eu du mal à tisser des liens avec leurs collègues virtuellement ainsi qu'à apprendre leur rôle et le contexte de l'emploi dans l'environnement de travail en ligne.



Cette situation a entraîné une absence d'équilibre travail-vie parce que nous n'étions pas physiquement au bureau à travailler et interagir, mais plutôt sur Zoom à enchaîner les réunions. J'étais nouvelle dans mon poste et je devais rencontrer de nouvelles personnes en ligne. C'était non seulement pénible, mais c'était aussi très déroutant. Les journées de travail sont prolongées, vous avez moins de temps pour vous-même dans l'intimité de votre demeure parce que votre demeure est devenue votre bureau. L'entrecroisement de ces deux mondes m'a causé énormément d'anxiété à certains moments.

(L04, femme, Sud-Asiatique, vingtaine)



Les participants qui avaient conservé leur emploi éprouvaient des difficultés avec le télétravail durant la pandémie, ce qui a causé de l'anxiété et du stress à certains.

Les participants qui occupaient un emploi ont aussi évoqué la pression de devoir s'ajuster à des conditions changeantes tout au long de la pandémie, souvent sans un soutien adéquat (p. ex., dépenses liées à l'Internet, garde d'enfants, prestations de santé, incluant les congés de maladie payés) et sans obtenir de solutions pour créer des espaces de travail appropriés de la part de l'employeur, lui aussi en train de s'adapter. Une participante a souligné les problèmes financiers potentiels associés à l'obtention d'une connexion Internet haute vitesse pour faciliter le télétravail :



Ça a été difficile pour moi de m'adapter à la situation de travail. J'ai du mal à me concentrer lorsque je suis à la maison. Je ne vis pas seule, ce qui fait que j'ai parfois du mal à trouver la concentration. L'Internet était un critère incontournable pour un des postes où j'ai posé ma candidature.

Ça a été compliqué d'obtenir le service de haute qualité que l'employeur exigeait, surtout que ma situation financière n'était pas idéale.

(L09, femme, Noire, Africaine/Caribéenne, trentaine)



De nombreux répondants ayant conservé un emploi stable en télétravail durant la pandémie ont reconnu que malgré certaines pressions, ils avaient la chance de ne pas avoir à s'inquiéter de leur sécurité physique et financière.

À l'inverse, d'autres personnes ont dit avoir vécu un stress extrême parce qu'elles occupaient un emploi moins sûr et étaient plus vulnérables aux répercussions négatives – futures et immédiates – de la pandémie. Une participante sud-asiatique a exprimé cette inquiétude :

“

À tout moment, je m'inquiétais de ce qui allait m'arriver si je perdais mon emploi. Comment allais-je pouvoir m'occuper de tout, comme les dépenses liées aux enfants? Ils grandissent. Et les emplois sont rares! Comment y arriverons-nous? C'est une grosse source d'inquiétude pour moi, croyez-moi. Et je ne pense pas seulement à cette année, à 2021. Qu'est-ce qui arrivera après? Qu'allons-nous faire si une autre récession nous frappe? Nous avons vécu celle de 2008-2009 et c'était terrifiant. Et ça me fait encore peur.

(L07, femme, Sud-Asiatique, punjabi, quarantaine)

”

La participante ci-dessus, employée dans un secteur où le maintien de la main-d'œuvre dépend fortement des subventions gouvernementales, ressentait de l'anxiété à l'idée de perdre son travail en cas de ralentissement de l'économie. Les difficultés qu'elle a vécues durant la récession de 2008 lui causaient beaucoup d'inquiétude quant au sort que subirait sa famille si la pandémie devait entraîner une situation semblable. Cette remarque reflète son sentiment de vulnérabilité accru en tant que mère monoparentale occupant un emploi précaire qui doit faire face aux bouleversements de l'économie et sa profonde inquiétude quant à sa sécurité financière future.

Un participant sud-asiatique dans la cinquantaine a raconté le stress que lui causait son emploi contractuel peu rémunéré n'offrant pas d'avantages sociaux comme la garde d'enfants, l'assurance-maladie complémentaire et les régimes de retraite. Sa situation l'obligeait à obtenir des soins dentaires moins coûteux à l'extérieur du Canada, lorsqu'il visitait sa famille dans son pays d'origine.

“

Mon emploi, même si c'est un poste à temps plein, ne m'offre aucun avantage médical. Quand je vais dans mon pays, j'en profite pour obtenir des soins oculaires et dentaires, qui sont pleinement accessibles là-bas. Il y a deux ans que nous ne sommes pas retournés chez nous. Ici, une journée pour aller chez le dentiste coûte l'équivalent d'un mois de salaire [rires]. Ce sont les obstacles que nous rencontrons. Lorsque la COVID-19 sera derrière nous, nous devons retourner chez nous dès que possible pour obtenir ces soins.

(L21, homme, Sud-Asiatique, tamil, cinquantaine)

”

Ces constats reflètent la nécessité d'assurer une meilleure couverture des soins de santé pour les travailleurs durant et après la pandémie. Bien des participants experts ont fait remarquer que la pandémie avait mis en relief l'importance de protéger les travailleurs en leur fournissant une couverture de soins de santé complémentaire, des journées de congé de maladie payées et des régimes de retraite. Les récits des travailleurs racialisés occupant des postes précaires montrent que l'absence de telles mesures de protection peut considérablement accroître le risque de maladie et perpétuer les iniquités sociales et économiques. Cette réalité existait avant 2020, mais a été exacerbée par la pandémie.

Ces exemples mettent en lumière le stress additionnel vécu durant la pandémie par les personnes ayant occupé pendant la pandémie des emplois très instables, notamment en ce qui concerne le statut de leur poste, ou n'offrant pas une rémunération et des avantages suffisants pour répondre à leurs besoins financiers et en matière de santé.

Plusieurs participants qui étaient travailleurs essentiels ont évoqué le risque qu'eux-mêmes et les membres de leur famille couraient en raison de leur travail en première ligne, à l'extérieur de leur domicile, durant la pandémie. Pour certains, un employé d'un hôpital par exemple, la conscience du risque accru d'attraper la COVID-19 au travail et de transmettre le virus à un proche réduisait considérablement leur bien-être.

Dans la même veine, une jeune femme sud-asiatique a parlé de son emploi relativement mal rémunéré dans un environnement qui l'amène à interagir avec le public. Elle a exprimé son anxiété d'attraper le virus à cause de la difficulté de maintenir une distance sanitaire dans son milieu de travail, où elle interagit avec de nombreuses personnes.

En outre, plusieurs participants experts ont témoigné des situations d'emploi précaires et souvent risquées des travailleurs racialisés dans leur communauté : bien souvent, ces personnes occupent des postes de fournisseurs de services, de soins de santé ou de soins de longue durée, d'entrepôt ou d'usine. Ces personnes ont décrit des milieux de travail ne fournissant pas une protection adéquate aux travailleurs, qui couraient alors un risque accru d'exposition au virus en raison des exigences de leur emploi.



Des gens nous racontaient qu'ils avaient un collègue qui se savait atteint de la COVID-19. Mais l'employeur n'offrait aucune mesure de protection. La personne infectée n'avait pas les moyens de s'absenter parce qu'elle ne serait pas rémunérée pour les heures de travail ratées, alors elle y allait quand même pour arriver à payer son loyer, pour se loger, se nourrir et répondre à ses besoins de base. Dans certains cas, ce sont les milieux de travail qui ont entraîné le plus de cas. Il y a aussi les transports en commun. Bien des gens dans cette situation ont dû se déplacer dans des autobus bondés. Plusieurs se rendaient dans plusieurs milieux de travail parce qu'un seul emploi ne suffisait pas à répondre à leurs besoins.

(Un dirigeant d'un centre de santé communautaire)



Un autre participant expert a fait écho à cette inquiétude concernant l'absence de congés de maladie pour les travailleurs racialisés occupant des emplois précaires, ce qui dissuade les gens de passer des tests de dépistage de la COVID-19 en cas de symptômes. En faisant référence à la surreprésentation de travailleurs racialisés dans les établissements de santé et de soins de longue durée, ce répondant a aussi souligné le risque accru d'infection à la COVID-19 pour ces travailleurs et ceux qui les côtoient.

Les données montrent également un stress et une anxiété accrus chez les personnes ayant été mises à pied ou dont un proche a été mis à pied durant la pandémie. Six des participants étaient sans emploi au moment de l'entrevue et plusieurs autres ont connu des pertes d'emploi au sein de leur famille. D'autres avaient été licenciés durant la pandémie, mais avaient réussi à trouver un emploi ailleurs. Ces personnes ont relaté une grande détresse face à la perte de leur emploi dans le contexte de la pandémie. Un répondant sud-asiatique qui a perdu son emploi pendant plusieurs mois a raconté le conflit qui l'opposait à son conjoint en raison de ce facteur de stress et de leur constante proximité lors du confinement :



Puis j'ai perdu mon emploi. Je suis resté à la maison. Ça a duré d'octobre à février. Évidemment, la situation s'est répercutée sur ma relation avec mon conjoint. Le problème quand on reste à la maison, c'est qu'on voit chaque jour la même personne encore et encore, c'est comme le Jour de la marmotte. Les journées se répètent. Nous nous sommes chicanés, plusieurs fois, et je suis devenu très émotif et sensible dans toutes nos discussions.

(L20, homme, Sud-Asiatique, trentaine)



Sans surprise, parce que l'échantillon était composé d'adultes en âge de travailler, le thème des pressions provenant du travail durant la pandémie occupe une place prépondérante dans les données. Les participants ont décrit le changement des conditions de travail, la gestion du risque d'exposition à la COVID-19 dans le cadre du travail et la pression des pertes d'emploi et de revenu durant la pandémie comme des sources de stress.

Pertes de revenu et insécurité financière

Dans le contexte des pertes de revenu et de l'insécurité financière potentielle, plusieurs participants ont mentionné l'importance de la Prestation canadienne d'urgence (PCU). Bien des répondants experts ont indiqué que la PCU avait joué un rôle primordial pour assurer un revenu aux membres de communautés racialisées qui avaient perdu leur emploi. Une participante sud-asiatique a raconté comment sa famille a vécu la perte de revenus durant la pandémie :



Avant la pandémie, mon père était chauffeur Uber et ma mère tenait une petite garderie à la maison. En raison de la COVID-19, ses clients sont restés à la maison, ce qui fait que son entreprise a dû fermer presque du jour au lendemain. Mon père continue de travailler pour Uber, mais ce n'est pas durable comme situation, car ce qu'il gagne ne suffit pas. C'était difficile et je pensais constamment à ça. J'ai deux emplois à temps partiel pour payer mes études et les factures qui s'y rattachent. Ça a été une grosse épreuve. Heureusement, nous avons eu du soutien. Mais quand je pense à la gestion de l'argent, je suis devenue plus prudente dans mes dépenses. Les emplois de mes parents étaient déjà instables avant la pandémie, mais c'est encore pire aujourd'hui.

(L03, femme, Sud-Asiatique, vingtaine)



Les stressseurs économiques rattachés à la perte de revenu et à l'instabilité du travail de ses parents ont constitué une source d'inquiétude pour cette participante et sa famille. Face aux frais de scolarité et aux dépenses du ménage, la PCU et la Prestation canadienne d'urgence pour les étudiants (PCUE) ont offert un soutien du revenu qui était essentiel. Toutefois, ces programmes étaient limités dans le temps et n'ont pas assuré une sécurité continue pour les gens dont l'avenir était incertain. De plus, des experts ont expliqué que certains de leurs clients avaient eu de la difficulté à obtenir la PCU en raison des critères restrictifs d'admissibilité à la prestation.

De nombreux participants experts ont raconté que leur rôle avait changé, ce qui les amenait désormais à fournir des biens de première nécessité, comme de la nourriture, aux membres de la communauté. Dans le récit ci-dessous, un organisme communautaire, qui servait depuis toujours des repas dans un objectif de socialisation et de sécurité alimentaire, a remarqué que cette mission avait gagné en importance durant la pandémie en raison des difficultés financières de ses clients.



En gros, nous n'offrons plus de programmes sur place comme auparavant. Mais dans notre cuisine communautaire, nous avons un chef qui prépare des repas, ce qui nous permet de préserver la sécurité alimentaire des clients. Nous emballons les plats et les livrons. Certaines personnes dépendent de nous pour se nourrir, parfois pour des raisons de santé ou de mobilité. Si les gens perdent leur emploi, ils deviennent plus vulnérables. Nous faisons en sorte que nos clients ont de quoi manger. Nous distribuons également des paniers hebdomadaires. La sécurité alimentaire est devenue une bonne partie de nos activités.

(Un fournisseur de services de santé mentale)



D'autres participants experts ont expliqué que le rôle de leur organisme avait dépassé la seule prestation de services de santé mentale traditionnels (p. ex., le counseling) durant la pandémie, afin de répondre à d'autres besoins.



Nous sommes subventionnés pour offrir des soins de santé mentale, n'est-ce pas? Les partenariats ont été d'une importance capitale. Ils ont permis de distribuer des appareils technologiques, de distribuer de la nourriture. Nous avons aussi conclu des partenariats pour fournir de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) aux gens qui doivent sortir de chez eux.

(Un fournisseur de services de santé mentale)



La difficulté à composer avec les effets de la perte d'emploi, notamment l'insécurité alimentaire, a été vécue par plusieurs participants ayant un savoir expérientiel. Comme le répondant ci-dessous le mentionne, la hausse du coût des aliments, combinée à un revenu réduit et insuffisant, fait en sorte que lui-même et des membres de sa communauté dépendaient des banques alimentaires durant la pandémie.

“

J'en ai souffert. Je suis allé à la banque alimentaire pour avoir de l'aide. Malgré ça, c'était extrêmement difficile. Bien des gens traversent une période difficile, plus que moi, ça fait mal à voir. Les personnes sur l'aide sociale, les personnes tamiles et d'autres immigrants, touchent 850 \$ ou 900 \$ par mois, mais il faut payer le loyer, et la nourriture est très chère à cause de la COVID. Alors elles se rendent à une banque alimentaire aujourd'hui, puis une autre demain, et ainsi de suite, pour tenter de se nourrir.

(L22, homme, Sud-Asiatique, tamil, quarantaine)

”

Les participants experts ont également indiqué que de nombreux clients avaient de la difficulté à payer leur logement, en plus de la nourriture, durant la pandémie. Ces récits concordent avec les rapports de l'époque selon lesquels l'insécurité alimentaire dans les communautés racialisées et les groupes à faible revenu de Toronto avait atteint des niveaux sans précédent²¹.

Mis ensemble, ces constats sur la précarité d'emploi et de revenu durant la pandémie laissent croire que même si tous les participants ont éprouvé une détresse accrue en raison des changements dans leurs conditions de travail, ceux qui ont perdu leur emploi ou qui vivaient une plus grande précarité financière, que ce soit personnellement ou au sein de leur famille, ont vécu des difficultés additionnelles sur le plan de leur santé mentale. Plusieurs participants ont vécu de l'anxiété face au manque d'économies pouvant servir de filet de sécurité à leur famille dans un contexte économique incertain.

Un participant expert a mentionné que l'érosion des économies et d'autres ressources était un des effets délétères de la pandémie sur les groupes racialisés et à faible revenu.

“

Ma plus grande crainte est que les communautés noires se retrouvent dans un trou encore plus profond qu'avant la pandémie en raison des répercussions sur leur patrimoine et leur revenu. Leurs économies ont fondu. Je crois que plusieurs communautés noires et racialisées sont à risque de vivre dans une pauvreté encore plus criante et inégale en raison de la pandémie.

(chercheur universitaire et leader politique)

”

Cette citation fait comprendre que sans des changements politiques considérables, les effets de la pandémie se feront sentir plus fortement dans les communautés racialisées à faible revenu, ce qui risque d'amplifier les expériences déjà disproportionnées d'inégalités économiques.

Conditions de logement et de vie

L'effacement des limites entre le travail et les autres rôles et l'accès aux espaces physiques

Le logement et les conditions de vie s'inscrivaient également dans le contexte général qui influençait, selon les participants, leur expérience de la COVID-19 et leur capacité à gérer les changements provoqués par la pandémie. Comme les constats énoncés ci-dessus le démontrent, les participants ont souffert du fait que la frontière était floue entre les sphères privée et publique de leur vie dans leur domicile, et ce, en raison du télétravail et de la socialisation virtuelle. Certains ont raconté leur difficulté à prendre soin d'eux-mêmes tout en travaillant et en exerçant d'autres fonctions dans le même espace.



Oui, je ressens du stress parce que, comme bien des gens, j'utilise ma table à manger comme bureau de travail. Je suis installée juste à côté de la cuisine. Donc même si je suis à la maison, ma priorité numéro un est de me concentrer afin de nourrir ma famille, mes enfants, tout en n'ayant même pas l'occasion de manger quand je travaille. Au bureau, c'est différent, on a une heure de dîner et une pause de quinze minutes, on peut aller se dégourdir les jambes dehors et on se sent heureux.

(L07, femme, Sud-Asiatique, punjabi, quarantaine)



Plusieurs participants ont raconté que la cohabitation étroite dans un même espace physique avait occasionné des tensions accrues dans leurs relations, particulièrement avec les membres de leur famille.



Je ne suis pas spécialement proche de mon père. Nous nous sommes éloignés au fil des ans. Au point où c'est un peu étrange pour moi de passer autant de temps avec lui. Normalement, j'étais toujours à l'école, et quand je le voyais, c'était un sentiment plus positif. Mais actuellement, nous sommes constamment ensemble, et ce n'est pas l'idéal parce que nous avons tous les deux l'habitude d'avoir plus d'espace individuel.

(L08, femme, Sud-Asiatique, philippin, vingtaine)



La perte d'emploi, conjuguée aux restrictions de déplacement durant le confinement, a causé des tensions dans certaines relations, particulièrement chez les personnes vivant en cohabitation. Pour la participante ci-dessus, le temps prolongé passé avec son père a accentué les problèmes communicationnels et relationnels. Cela dit, de nombreux participants ont trouvé une importante source de soutien dans leurs relations avec leur famille et leurs amis avec qui ils vivaient.

La mesure dans laquelle le milieu de vie des gens leur permettait d'exercer de multiples fonctions dans leur domicile et de prendre l'espace dont ils avaient besoin variait d'une personne à l'autre : certaines avaient accès à un sous-sol entier pour leur travail, leurs activités en ligne et d'autres fonctions. D'autres, en revanche, avaient du mal à venir en aide à leurs enfants et aux autres membres de leur famille en plus des autres tâches qui leur incombaient à la maison en raison du surpeuplement et d'autres contraintes. Dans ces cas, les espaces de vie étaient parfois associés à une plus grande vulnérabilité à la COVID-19.

Plusieurs participants se sont dits inquiets du potentiel de transmettre le virus à leur famille en raison de l'étroitesse de leur domicile et de la difficulté à maintenir une distance sanitaire dans l'espace disponible.

“

J'ai dit à mon patron qu'une personne chez moi avait été déclarée positive. Il m'a répondu « D'accord, vous ne pouvez donc pas vous présenter au travail », même si j'avais reçu un résultat de test négatif. Puis, une semaine plus tard, j'ai de nouveau été déclarée négative, alors j'ai pu retourner travailler. Dans l'intervalle, tout le monde chez mon beau-frère, c'est-à-dire ses parents, ses trois frères et sœurs et ma sœur avaient attrapé la COVID-19. J'avais tellement peur parce que je partage ma chambre avec ma grand-mère de 70 ans. J'avais peur pour elle parce qu'elle est âgée.

(L03, femme, Sud-Asiatique, vingtaine)

”

Cet exemple illustre la complexité des modalités de logement dans certains ménages, où plusieurs familles se partagent les responsabilités de soin et les tâches ménagères. Dans certains cas, le risque de transmission du virus à l'intérieur du réseau augmente en raison de la mobilité des membres de la famille dans la communauté, que ce soit pour le travail ou d'autres motifs. La participante citée ci-dessus a trouvé cette réalité particulièrement stressante.

Précarité du logement

Plusieurs participants ont vécu des difficultés en ce qui concerne la sécurité du logement et la menace d'éviction, qui a constitué une problématique d'intérêt public durant la pandémie.

“

Le nouveau propriétaire a simplement décidé de tout rénover et de transformer le logement en unité de style condo. Je crois que c'est l'excuse qu'il a trouvée parce que mes enfants étaient à la maison et faisaient du bruit. Il nous a menacés parce qu'il pensait que je ne dirais rien. Que s'il me disait de partir, je partirais. Mais j'ai tenu bon. J'ai répliqué et j'ai gagné. Et il a arrêté de me menacer d'éviction. Donc oui, j'ai vécu énormément de stress. J'ai trouvé que mes facultés mentales avaient souffert durant cette période.

(L14, femme, Sud-Asiatique, philippin, quarantaine)

”

Cette participante philippine a été licenciée au début de la pandémie et n'a pas retrouvé d'emploi depuis. Selon son récit, la perte d'emploi, le stress intense d'avoir à s'occuper de ses deux enfants, qu'elle décrit comme ayant des besoins complexes, et sa lutte contre la menace de « rénoviction » de son propriétaire ont fait un tort considérable à sa santé mentale.

Une participante noire a raconté avoir perdu son logement de façon tout à fait inattendue. Elle a dû trouver non seulement un nouvel emploi, mais aussi un logement abordable en pleine pandémie, ce qui était tout sauf facile.



Le propriétaire avait prévu de vendre le bâtiment sans même nous en parler et nous avons dû réagir au pied levé pour dénicher rapidement un nouveau logement qui correspondait à notre budget. Et parce que j'avais perdu mon emploi, il était d'autant plus difficile de faire les paiements à temps. C'était une charge additionnelle parce que le loyer actuel est plus élevé que l'ancien. Mais nous avons dû faire des pieds et des mains pour trouver un logis au plus vite. Notre famille a vécu des moments stressants parce que ma sœur, qui vit avec nous, a un petit bébé. C'était une situation très pénible. La transition a été très difficile.

(L09, femme, Noire, Africaine/Caribéenne, trentaine)



Cet exemple illustre comment des facteurs comme une menace pour la sécurité du logement interagissent avec des pressions comme la perte d'emploi et l'insécurité du revenu pour créer un environnement hautement stressant marqué par un contrôle limité sur l'environnement et des choix restreints. Dans le cas ci-dessus, la participante avait réussi à trouver un logement pour elle-même et sa famille, mais n'avait toujours pas trouvé d'emploi et ignorait si elle serait en mesure de générer un revenu suffisant.

Responsabilités informelles en matière de soins

Lors de la collecte des données, l'école se faisait en mode virtuel et bien des services en personne non essentiels étaient annulés (p. ex., les programmes sociaux communautaires). En conséquence de ces mesures de confinement d'urgence, les programmes publics qui épaulaient les parents et les aidants informels dans leurs responsabilités n'étaient plus disponibles. De nombreux participants se sont retrouvés avec la pleine responsabilité des soins et de l'éducation de leurs enfants, dont certains avaient des besoins complexes.

Chez les participants ayant des enfants jeunes et d'âge scolaire, les effets du confinement et de la fermeture des écoles ont pesé particulièrement lourd sur leur santé mentale et leur bien-être pendant qu'ils jonglaient avec leur travail et leurs responsabilités accrues à la maison. De nombreux parents parmi les répondants ont dit se sentir coupables parce qu'ils n'étaient pas capables de s'acquitter de leurs tâches professionnelles de façon satisfaisante ou d'aider suffisamment leurs enfants dans leur apprentissage en ligne. Ainsi, les responsabilités accrues liées aux soins ont exacerbé les problèmes de sommeil, la dépression et l'anxiété chez les participants.

Plusieurs analyses publiques ont trouvé que la prestation de soins est un phénomène fondamentalement genré où les femmes assument la responsabilité primaire des soins non rémunérés, en plus de leur travail rémunéré dans la société canadienne²². Les femmes vivant dans un ménage à faible revenu reçoivent moins de soutien et de ressources économiques que celles occupant des échelons de revenu plus élevés. Elles éprouvent davantage de difficulté à suivre les mesures de protection de la santé publique, comme la distanciation physique. En plus d'endosser la responsabilité de s'occuper des enfants durant la pandémie, bien des participantes prenaient également soin de leurs parents vieillissants. Plusieurs d'entre elles qui étaient monoparentales ou recevaient peu d'aide de leur famille ont eu du mal à exercer leur rôle d'aidante en plus de leurs autres responsabilités :

“

Dieu bénisse mon bébé. J'ai un fils biologique, et deux autres enfants dont je m'occupe pour ma famille élargie. Un de mes fils a un trouble du spectre de l'autisme, ce qui me demande énormément de temps. Mais j'ai essayé de travailler en collaboration avec les enseignants autant que possible. Et je devais m'assurer que les deux autres étaient bien connectés à leur plateforme virtuelle. Je commençais toujours le travail en retard. Parfois, je me réveillais la nuit et je me levais. Je faisais des tâches administratives à 3 ou 4 heures du matin. Plus tard, je prenais contact avec les clients, je participais aux réunions que nous avions ici et là.

(L16, femme, Noire, Caribéenne, trentaine)

”

”

Dans cette citation, une participante noire dans la trentaine fait état de son expérience comme mère monoparentale s'occupant de trois enfants en plus de son emploi auprès de personnes à faible revenu. L'exigence d'accomplir ces fonctions l'a mise à rude épreuve, particulièrement parce qu'elle ne recevait pas d'aide extérieure dans sa prestation de soins, notamment l'éducation d'un enfant ayant des besoins particuliers. Elle a raconté les dommages infligés à sa santé, notamment l'insomnie et les problèmes de santé physique découlant de son stress.

D'autres participants ont affirmé que leurs responsabilités en matière de soins avaient augmenté, tout comme leur anxiété face à la contagion dans le cadre de ces mêmes responsabilités :

“

Nous vivons avec mes parents. Nous sommes installés au sous-sol, comme ça, chacun a son espace. Les soins ont changé, parce que nous devons constamment nous assurer, par exemple, que tout le monde se lave les mains et suit les protocoles si quelqu'un vient. Le niveau d'anxiété dans la maison a beaucoup augmenté. Les précautions sont renforcées, mais l'anxiété aussi s'accroît.

(L06, femme, Noire, Caribéenne, quarantaine)

”

”

Influence des facteurs sociaux et économiques interreliés sur les expériences

Les constats présentés jusqu'ici montrent que les conditions de vie et de travail interagissent avec le rôle complexe des soins informels et des responsabilités envers d'autres personnes, ce qui augmente le risque d'infection à la COVID-19 et de transmission de celle-ci et accroît le stress chez les participants (p. ex., en raison des contacts sociaux plus nombreux ou de l'incapacité à maintenir la distanciation physique). Certains d'entre eux ont trouvé particulièrement ardu de préserver leur santé mentale et leur bien-être tout en remplissant tous leurs rôles^b.

Par exemple, une participante sud-asiatique a décrit la difficulté d'être mère monoparentale responsable de l'éducation de ses enfants à la maison durant la pandémie parce qu'elle s'inquiétait des risques liés à des problèmes de santé sous-jacents :

“
En tant que mère monoparentale, je rencontre tellement d'obstacles. Je vis dans un sous-sol. C'est tellement difficile de rester à l'intérieur tout le temps durant la COVID-19. Par moments, je me sens tellement seule et fragile. Et je dois faire encore plus attention à ma santé parce que je suis diabétique.
Mais je suis responsable de mes enfants, n'est-ce pas? Je n'envoie pas mon fils à l'école, et c'est très difficile pour moi. Et sur le plan financier, je vis beaucoup de souffrance parce que mon lieu de travail est fermé. Alors voilà, je peux vous dire que la situation est très pénible. Parfois, quand je suis chez moi, à l'intérieur, je me sens tellement déprimée.
”
(L05, femme, Sud-Asiatique, cinquantaine)

Cette participante décrit les effets croisés des conditions de logement, de la perte d'emploi et du manque de soutien dans ses responsabilités d'aidante sur ses problèmes de santé mentale durant la pandémie.

Des participants partageant leur espace de vie avec leur famille multigénérationnelle ont témoigné du stress qu'ils vivaient parce que des membres de la famille plus jeunes travaillaient en première ligne dans la communauté tout en cohabitant avec des grands-parents ou des parents plus vulnérables en raison de leur âge ou de problèmes de santé. Selon un participant expert, cette crainte était répandue chez les membres de la communauté avec lesquels il travaillait.

^b Comme décrit dans la Partie I de nos résultats de recherche, les liens familiaux ont toutefois aussi constitué une importante source de réconfort et ont aidé la plupart des participants à composer avec la situation.



Les personnes qui sortent travailler tous les jours, elles s'inquiètent de ramener la maladie à leur famille. C'était une source de préoccupation et d'épuisement pour bien des gens. Elles se faisaient constamment du souci. Elles sortaient de chez elles, mais elles s'inquiétaient pour leur sécurité. Je pense en particulier aux employés des foyers de soins et des centres de soins de longue durée, surtout au début, lorsqu'ils n'avaient pas accès à de l'ÉPI, par exemple. On a vu tellement d'anxiété. Et ce mot ne rend pas justice à la puissance de l'émotion. Les gens sont terrifiés. La COVID-19 fait peur à bien des gens, mais pour nous qui avons le luxe de travailler à domicile en tout confort, avec plusieurs pièces à notre disposition pour s'isoler, la réalité est très différente de celle d'une personne qui vit dans un appartement d'une chambre à coucher ou dans un studio et qui ne peut pas s'isoler de ses proches au besoin.

(Un dirigeant d'une agence communautaire)



Cette remarque illustre comment le risque accru d'exposition à la COVID-19 dans le milieu de travail (et dans le transport jusqu'au travail) peut se conjuguer aux conditions de logement pour hausser le risque de transmission du virus. Elle démontre aussi que la connaissance de ce risque peut avoir une incidence majeure sur le bien-être des personnes vivant dans ces situations. Dans les cas où les pressions liées à la COVID-19 s'ajoutent aux difficultés financières et à la précarité du logement, ces stressseurs se combinent et présentent le potentiel d'engendrer de profondes répercussions négatives sur la santé mentale.

Pour les participants à l'étude, les facteurs généraux du travail, du revenu, des conditions de logement et de vie ainsi que des responsabilités en matière de soins étaient au cœur des pressions vécues durant la pandémie. Les constats présentés ici montrent que ces facteurs peuvent agir en synergie pour hausser le risque d'exposition à la COVID-19 et créer des entraves à la santé mentale et au bien-être.

Analyse

Les répercussions potentielles de la pandémie sur la santé mentale et le bien-être ont déclenché des signaux d'alarme précoces pour bien des professionnels, des chercheurs et des défenseurs. Devant l'adoption de mesures de santé publique à grande échelle (p. ex., les confinements) et la forte incertitude quant aux interventions et à l'efficacité des systèmes face aux besoins émergents, les experts ont attiré l'attention sur les possibles conséquences de ces mesures sur la santé mentale des populations et de ses sous-groupes²³. Ils ont également affirmé que les effets disproportionnés de la pandémie sur les communautés racialisées appellent des mesures spécifiques visant à enrayer les inégalités potentielles dans les résultats relatifs à la santé mentale^{24,25}.

Cette recherche dépeint les problèmes de santé mentale vécus par les membres de groupes racialisés dans la RGT durant les trois premières vagues de la pandémie. Les participants ont décrit leur anxiété et leur détresse en lien avec différents aspects de la pandémie, notamment la difficulté à composer avec la déconnexion sociale et la peur de contracter le virus.

Les résultats portent également à croire que les expériences de racisme et de discrimination ainsi que le manque d'accès aux déterminants sociaux de la santé et aux services de santé mentale peuvent interagir et ainsi accroître le risque de transmission de la COVID-19 et générer des répercussions néfastes disproportionnées sur la santé mentale des personnes racialisées en comparaison avec les autres groupes.

Diversité des expériences des participants

Les résultats démontrent la diversité des expériences vécues par les participants durant la pandémie et des pressions exercées par celle-ci sur leur bien-être. L'échantillon de recherche était diversifié sur le plan des facteurs socioéconomiques. Plusieurs participants jouissaient d'un niveau relativement élevé de sécurité dans leur travail et leurs conditions de vie. Les données recueillies laissent croire que les dimensions entrecroisées de l'identité – la race, la classe, le genre, la capacité et l'âge – pourraient avoir une incidence sur les expériences vécues avant et durant la pandémie, ainsi que sur la capacité à surmonter les problèmes de santé mentale. Les sources de détresse évoquées dans l'échantillon, par exemple le risque accru de contracter la COVID-19 et les problèmes interpersonnels provoqués par la situation de travail ou la cohabitation avec la famille et d'autres membres de la communauté, étaient également complexes.

En outre, bien que 70 % de l'échantillon était composé d'immigrants, la durée de leur résidence au Canada variait considérablement, ce qui démontre également l'hétérogénéité des expériences vécues. Les personnes qui étaient installées au pays depuis peu rapportaient des expériences d'isolement social (p. ex., le manque de liens sociaux, la discrimination freinant leur sentiment d'appartenance). Toutefois, en raison de la conception de l'étude, il n'était pas possible de comparer le degré d'isolement social à l'intérieur de l'échantillon. D'autres sources ont montré que les récents arrivants avaient fait face à des difficultés majeures durant la pandémie de COVID-19²⁶ (en partie parce qu'ils avaient besoin de soutien pour leur intégration sociale), notamment une hausse de l'isolement chez les personnes n'ayant pas de réseau social²⁷.

Racisme, discrimination et accès inéquitable aux déterminants sociaux de la santé

Cette étude démontre également les effets considérables des pressions liées aux déterminants sociaux et économiques de la santé – racisme et discrimination, travail, revenu, logement, aide pour l'éducation et les soins informels – sur de nombreux participants durant les trois premières vagues. Notre analyse met en lumière la relation entre les déterminants sociaux de la santé mentale et les effets du racisme systémique et structurel, qui place de façon disproportionnée les personnes racialisées dans des situations de travail et de vie augmentant le risque de contracter la COVID-19, en plus de renforcer les stressés socioéconomiques qui nuisent à la santé mentale. L'analyse proposée dans ce rapport montre comment ces facteurs pourraient interagir et entraîner des répercussions négatives pour la santé mentale.

Lien avec le stress vécu quant au risque de contracter la COVID-19 et aux répercussions de la maladie

Des participants et des experts ont affirmé que la précarité économique et la perte d'emploi avaient fortement exacerbé les problèmes de santé mentale durant la pandémie. On observe des liens clairs entre l'insécurité financière et le chômage, d'une part, et la mauvaise santé mentale, notamment la dépression et l'anxiété, d'autre part²⁸. Nous savons que les groupes racialisés au Canada ont été touchés de façon disproportionnée par les pertes d'emploi et l'insécurité financière causées par la pandémie de COVID-19²⁹. En août 2020, Statistique Canada a mesuré chez les personnes sud-

asiatiques (17,8 %) et noires (16,8 %) du Canada des taux nettement plus élevés de chômage que dans la population générale (10,9 %) ³⁰.

La surreprésentation des groupes racialisés dans les emplois faiblement rémunérés et d'autres conditions de vie précaires a été définie comme une cause fondamentale du risque disproportionné de COVID-19 ^{31,32} et des résultats économiques défavorables dans certains groupes durant la pandémie ³³. L'organisme Black Health Alliance considère que le racisme systémique contre les Noirs sous-tend l'accès inéquitable à des conditions de vie décentes et augmente le risque de résultats négatifs associés à la COVID-19, notamment sur le plan de la santé mentale. Pour cet organisme, les principaux domaines sociaux où le racisme systémique agit sont les conditions d'emploi, le revenu et la sécurité du revenu, le logement, la sécurité alimentaire, l'éducation et le transport ³⁴.

On sait que les déterminants sociaux de la santé (p. ex., des conditions de logement permettant de s'isoler) ont un effet sur le risque de transmission de la COVID-19. Certains participants, hautement conscients de cette réalité, ont fait état du stress qu'ils avaient vécu en raison de facteurs sociaux et économiques augmentant leur exposition au virus et à d'autres conséquences négatives, comme le chômage, dans le contexte de la pandémie. En outre, les données recueillies illustrent comment le racisme systémique et ses répercussions potentielles sur les expériences de COVID-19 (p. ex., un participant conscient du racisme contre les noirs dans le système de santé) peuvent accroître le stress et entraîner des conséquences néfastes pour la santé mentale et le bien-être.

Répercussions sur la santé mentale et le bien-être

Tant les experts que les participants qui s'identifiaient comme Sud-Asiatiques, Asiatiques du Sud-Est ou Noirs ont livré des récits de la pandémie empreints de niveaux élevés de racisme et de stigmatisation, ce qui a constitué un énorme poids psychique et émotionnel pour bon nombre d'entre eux. Les conséquences pour la santé et l'inclusion sociale des membres de groupes racialisés ont été reconnues tant à l'échelle mondiale ³⁵ qu'au Canada ^{36,37}. Les participants ont fait face à des situations de racisme interpersonnel et ont mentionné que divers actes publics de violence commis par des policiers et des individus de même qu'une conscience accrue du racisme systémique avaient eu une incidence néfaste sur le bien-être mental de certains membres de communautés racialisées.

D'autres recherches donnent à croire que le racisme systémique qui se manifeste par des politiques discriminatoires depuis des générations (p. ex., la discrimination basée sur la race dans l'accès au logement, l'accès inégal aux services médicaux) constitue une source de stress chronique et une cause fondamentale de disparités tant dans les résultats de santé mentale que dans l'accès aux soins de santé ^{38,39}. Les politiques et les pratiques discriminatoires historiques ont eu pour résultat connexe une profonde méfiance face aux systèmes qui les maintiennent ⁴⁰.

Les taux plus élevés de stress chronique peuvent aussi être attribués à des niveaux supérieurs d'exposition à des déterminants sociaux de la santé négatifs, comme un faible revenu, le chômage, le racisme, le stress lié à l'emploi et un logement inadéquat, qui sont vécus de façon disproportionnée par les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et qui peuvent compromettre la santé mentale ⁴¹. En même temps, comme démontré par l'échantillon étudié dans cette recherche, les rapports des gens avec la santé mentale diffèrent en raison d'une multitude de facteurs. Plusieurs participants ont évoqué les nombreux stressés sociaux et économiques qui ont mis en péril leur santé mentale et leur bien-être.

Obstacles à l'accès aux services de santé mentale

En parallèle au besoin accru de services de santé mentale durant la pandémie, l'étude a aussi mis au jour des obstacles freinant l'accès à ces services.

Les données font état de barrières culturelles et linguistiques, comme le manque de professionnels de la santé mentale ayant des origines ethnoraciales communes et le manque des services de santé mentale sécuritaires et adaptés sur le plan culturel. Bien que tous les participants fournisseurs de services aient convenu du caractère essentiel des services de santé mentale culturellement adaptés, la plupart d'entre eux ont témoigné du manque de capacités organisationnelles pour combler ces besoins. Dans une étude menée en 2021 sur la COVID-19 dans des quartiers prioritaires de Brampton comptant une forte représentation de groupes racialisés (p. ex., des communautés sud-asiatiques), même si plus de la moitié des répondants avaient signalé un stress moyen à extrême et le besoin de davantage de services de santé mentale, près du tiers disaient faire face à des obstacles dans l'accès à ces services ⁴².

Plusieurs participants ayant besoin de services de counseling en santé mentale ont rencontré des obstacles financiers. L'accès aux services de santé mentale est plus facile pour les personnes à revenu élevé et celles couvertes par une assurance privée ou liée à leur emploi ⁴³. Les données mettent aussi en lumière le thème de la stigmatisation intériorisée

associée aux services de santé mentale qui fait obstacle à l'obtention de soins et celui de la méfiance face aux systèmes, notamment le système de soins de santé, en raison d'expériences historiques et présentes de racisme et d'exclusion. Une étude réalisée par l'organisme Black Health Alliance sur la COVID-19 à Toronto a également constaté que la méfiance, la stigmatisation et le racisme contre les Noirs étaient au cœur de l'expérience et des interactions des gens avec le système de santé et que ces facteurs constituent par conséquent des obstacles majeurs à l'accès aux services et aux résultats⁴⁴.

Ces conclusions vont dans le même sens que des recherches antérieures ayant démontré que malgré les niveaux élevés de stress vécus par les communautés IRER, ces groupes accèdent moins souvent aux services de santé mentale⁴⁵. Un rapport de 2016 de la Commission de la santé mentale du Canada intitulé *Arguments en faveur de la diversité : Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés* met en relief des écarts similaires à ceux décrits dans le présent rapport⁴⁶. Les obstacles décrits dans cette recherche sont l'accessibilité des services (p. ex., la compatibilité culturelle), les interactions entre patients et fournisseurs, les difficultés circonstanciées (p. ex., la précarité financière), la langue, la stigmatisation et la peur (p. ex., face aux répercussions négatives potentielles de l'obtention de soins, comme l'intervention des services de protection de l'enfance).

En considération de ces constats, les appels pour améliorer les services de santé mentale pour les populations racialisées du Canada ne sont pas nouveaux. Toutefois, ils revêtent une urgence renouvelée à la lumière de cette étude et d'autres travaux caractérisant les expériences de santé mentale et de bien-être tout au long de la pandémie.

Élaboration d'une réponse systémique pour favoriser la santé mentale et le bien-être des populations racialisées

Malgré les demandes passées concernant une réponse systémique axée sur des politiques et des interventions en santé publique ayant pour but de promouvoir la santé mentale et de prévenir la maladie, en plus de celles visant l'amélioration des services de santé mentale pour les populations IRER⁴⁷, trop peu de mesures concrètes en ce sens ont été mises en œuvre pour réduire les disparités en ce qui concerne les risques de problèmes de santé mentale et le traitement de ceux-ci.

Les résultats de recherche démontrent clairement que les mesures destinées à renforcer la résilience psychologique des communautés doivent s'ancrer dans des initiatives en amont destinées à éliminer les iniquités existantes. La pandémie apporte une occasion de rebâtir les systèmes de santé et de répondre aux besoins de santé mentale de façon plus équitable. Cela pourrait également constituer l'occasion d'améliorer la représentation des populations victimes des disparités en matière de santé lors de la planification des systèmes⁴⁸. En outre, les systèmes de santé mis en place doivent condamner le racisme et tenir compte des contextes historique et contemporain de colonialisme ainsi que des expériences de problèmes de santé mentale⁴⁹.

La pandémie, amplificatrice des inégalités, rappelle l'urgence de s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques de la santé, particulièrement aux facteurs interreliés comme la race, le genre, la classe et la capacité, qui sous-tendent les iniquités en matière de santé mentale et de bien-être. Des interventions pour la sécurité du revenu comme la PCU ont été accueillies avec soulagement par bien des gens qui avaient perdu leur emploi et leur revenu durant la pandémie, mais le programme a pris fin en 2021, de sorte que beaucoup de travailleurs et de personnes à faible revenu, comme celles ayant un statut d'immigration précaire, n'avaient plus accès à ces prestations de sécurité du revenu essentielles⁵⁰.

Les données provenant des entretiens avec les experts montrent que les groupes racialisés ayant une expérience historique ou présente de ségrégation dans divers domaines, comme le marché du travail, le logement, les services de proximité et connexes ainsi que l'éducation, doivent avoir accès à des débouchés économiques et à la mobilité sociale. Ces constats font écho à de récents travaux analysant le rôle prépondérant du racisme économique dans la création d'expériences inéquitables face à la COVID-19 au Canada et démontrant la nécessité de combler les écarts grandissants dans les actifs détenus par différents groupes de la société⁵¹.

Comme les conclusions l'indiquent, les organismes communautaires ont eu de la difficulté à élargir et à adapter leurs services afin de répondre au vaste éventail de besoins de leurs membres au-delà des services de santé mentale traditionnels durant la pandémie. D'autres sources ont également mis en relief le rôle accru des organismes communautaires pour offrir des services de santé, sociaux et économiques (p. ex., ÉPI, programmes sociaux, livraison d'épicerie) à Toronto⁵². Un financement adéquat et durable est indispensable pour aider les organismes représentant les communautés racialisées à renforcer la résilience et à répondre aux besoins en matière de santé mentale en cas de situation d'urgence future.

Des investissements dans les services communautaires, notamment ceux fournis par des organismes à but non lucratif et confessionnels, pourraient également lever certains obstacles bloquant l'accès aux services en réduisant les besoins non satisfaits et la méfiance face au système de santé. Des mesures précises pourraient être adoptées pour étendre les

services de counseling et augmenter les efforts pour améliorer l'accès aux services pour divers groupes, notamment des initiatives de lutte contre la stigmatisation⁵³. En outre, les programmes communautaires favorisant la création de liens sociaux⁵⁴ qui font appel à des interventions fondées sur des données probantes comme les programmes et les thérapies ciblés et culturellement adaptés pourraient grandement contribuer à améliorer l'équité dans les services de santé mentale⁵⁵.

La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada de la CSMC poursuit la priorité stratégique de renforcer les interventions afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale qui émergent chez les personnes vivant des disparités dans l'accès aux programmes et aux services appropriés de santé mentale en raison d'une série de facteurs comme le statut socioéconomique, l'origine ethnoculturelle et les expériences de racisme et d'autres formes de discrimination. Les recommandations liées à l'élimination des disparités formulées dans la Stratégie sont les suivantes : accroître l'utilisation des normes sur la sécurité culturelle par les organisations de santé mentale; aider davantage les organismes de la communauté IRER à répondre aux besoins des populations locales en matière de santé mentale, en collaboration avec le système de santé général; de même qu'élaborer et mettre en œuvre des plans en matière de santé mentale gérés par la collectivité, et ce, dans l'ensemble des provinces et territoires, afin de répondre aux besoins des groupes IRER⁵⁶.

Enfin, ces constatations font ressortir la nécessité de mettre en place des politiques qui dépassent les frontières sectorielles et qui font appel à des approches pangouvernementales pour mettre fin aux iniquités raciales dans le domaine de la santé mentale. Bien que des démarches intersectorielles aient été proposées par le passé pour améliorer l'accès aux services de santé mentale pour différents groupes ayant des problèmes de santé et sociaux complexes⁵⁷, la pandémie a réactualisé les appels pour adopter ces approches dans le but d'éliminer les iniquités dans les expériences depuis le début de 2020. Il est essentiel que les moyens de financement, l'élaboration des politiques et la prise de décisions traversent les frontières des soins de santé et des services sociaux (p. ex., le logement, la sécurité du revenu) de manière à élever la promotion de la santé mentale ainsi que la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale⁵⁸ au rang de priorités.

Limites de l'étude

Bien que ce document propose des réflexions intéressantes à propos des expériences des personnes issues de communautés racialisées de la RGT durant la pandémie, il importe de reconnaître que l'étude comporte des limites, comme toute recherche de cette nature.

La stratégie de recrutement passait par la diffusion de l'information concernant l'étude dans des réseaux et nécessitait que les gens prennent contact avec l'équipe de recherche pour signifier leur intérêt. Ainsi, l'échantillon étudié présente des lacunes en matière de représentation. Par exemple, les participants s'identifiant comme hommes ou non binaires y sont sous-représentés, et ceux s'identifiant comme Noirs et hommes en sont absents. Bien que l'équipe de recherche ait tenté de rejoindre des membres de ces groupes directement par l'entremise de réseaux établis, cette stratégie a connu peu de succès; les taux de réponse pourraient refléter la différence dans la reconnaissance et l'expression des difficultés liées à la santé mentale en fonction du genre. Certaines données probantes ont démontré les effets inégaux de la pandémie de COVID-19 sur les jeunes hommes noirs du Royaume-Uni et ont donné lieu à des appels pour que le gouvernement se mobilise et mette en place des interventions adaptées pour promouvoir la santé mentale de ce groupe⁵⁹.

La présente étude portait sur les expériences de personnes issues de groupes racialisés en particulier, excluant les points de vue des personnes autochtones demeurant dans la RGT. De récentes études ont montré que ce groupe avait vécu des iniquités considérables depuis le début de la pandémie, notamment des difficultés économiques disproportionnées⁶⁰. De plus, la recherche ne représente pas le vécu des membres de la communauté LGBTQ2S+. Bien que certains participants s'identifiaient à cette communauté, l'échantillon n'était pas assez inclusif pour générer des données représentant les épreuves particulières vécues par ce groupe hétérogène.

L'échantillon pourrait également représenter les personnes qui étaient à l'aise de discuter de leurs problèmes de santé mentale, et non des gens ayant possiblement souffert de difficultés plus grandes durant la pandémie mais qui n'ont pas participé à l'étude en raison de son sujet ou parce que d'autres responsabilités leur faisaient obstacle (p. ex., les tâches additionnelles liées aux soins à prodiguer aux membres de leur famille). Le même constat pourrait s'appliquer aux participants experts en la matière : des demandes conflictuelles dans leur travail communautaire et leur vie privée pourraient les avoir empêchés de prendre part à l'étude.

Ces lacunes lèvent le voile sur d'importants domaines à explorer lors de travaux futurs et font ressortir l'incapacité de la recherche qualitative à représenter pleinement la diversité des points de vue existants et des expériences vécues dans une même étude. Néanmoins, les constatations qui en sont issues offrent un éclairage pertinent sur les expériences de membres des communautés de la RGT. Devant la grande diversité au sein des groupes et d'un groupe à l'autre, nous

avons tenté de présenter une analyse qui illustre cette hétérogénéité et la profondeur des récits recueillis. Beaucoup de participants ont offert des réflexions et des expériences communes, ce qui expose d'importantes similitudes appelant une attention plus approfondie aux vulnérabilités sociales exposées par la pandémie. Les résultats corroborent la proposition selon laquelle les méthodes qualitatives sont les mieux adaptées pour dresser un portrait détaillé des expériences vécues dans la société et des répercussions de la pandémie⁶¹.

Conclusion

L'objectif de cette recherche était d'étudier les pressions et les problèmes de santé mentale vécus par les personnes racialisées dans la RGT. Ce rapport fait la lumière sur l'expérience vécue par ces personnes en temps réel, durant la pandémie. Cette recherche a pu être menée à bien grâce aux compétences linguistiques des membres de l'équipe de projet et à leurs liens avec les réseaux communautaires. Les conclusions reposent sur les points de vue et les expériences des membres des communautés racialisées, qui ont été touchés de façon disproportionnée par la pandémie, et soutiennent le travail d'organismes et de regroupements communautaires ayant pour mission de redresser les inégalités sociales et économiques qui sont à la base des résultats de santé.

À titre de suivi de cette recherche, l'Institut Wellesley et la Commission de la santé mentale du Canada produiront un document d'information additionnel établissant les domaines politiques et les interventions à cibler pour mettre fin aux iniquités dans l'accès aux services de santé mentale et aux déterminants sociaux et économiques de la santé mentale. À la lumière du récent engagement du gouvernement d'établir un nouveau transfert fédéral aux provinces et aux territoires pour la santé mentale, un investissement de 4,5 milliards de dollars sur cinq ans⁶², nous nous trouvons en face d'une véritable occasion de s'assurer que le financement couvre les besoins des populations racialisées.

L'intervention de relance suite à la pandémie devrait avoir comme objectif fondamental l'équité⁶³. Elle devrait rendre prioritaires les services de santé mentale et les démarches en amont visant à éradiquer les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé dans le but d'éliminer les iniquités dans les résultats des personnes racialisées, en plus de mettre en place des services de santé mentale sécuritaires, accessibles et adaptés sur le plan culturel⁶⁴. De nouveaux investissements doivent être injectés dans la prévention de la maladie mentale et la promotion de la santé mentale en tenant compte des iniquités socioéconomiques, de l'isolement social et d'autres stressseurs afin de renforcer la résilience des populations en vue de situations d'urgence futures.

Références

- 1 Marmot, M. et J. Allen. « COVID-19: exposing and amplifying inequalities », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 74, n° 9 (sept. 2020), p. 681-682.
- 2 Mowat, D. et S. Rafi. *COVID-19 : Impacts and Opportunities*, Toronto, Ville de Toronto, 2020.
- 3 Région de Peel. *Covid-19 and the Social Determinants of Health: Race and Occupation*, Santé publique de Peel, 2020. https://www.peelregion.ca/coronavirus/_media/COVID-19-race-and-occupation.pdf
- 4 Guttman, A., S. Gandhi, S. Wanigaratne, H. Lu, L. E. Ferreira-Legere, J. Paul, P. Gozdyra, T. Campbell, H. Chung, K. Fung, B. Chen, J. C. Kwong, L. Rosella, B. R. Shah, N. Saunders, J. M. Paterson, S.E. Bronskill, M. Azimae, M. J. Vermeulen et M. J. Schull. *COVID-19 in Immigrants, Refugees and Other Newcomers in Ontario: Characteristics of Those Tested and Those Confirmed Positive, as of June 13, 2020*, ICES, 2020.
- 5 Pan, D., S. Sze, J. S. Minhas, M.N. Bangash, N. Pareek, P. Divall et coll. « The impact of ethnicity on clinical outcomes in COVID-19: A systematic review », *EClinicalMedicine*, vol. 23 (2020), [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30148-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30148-6/fulltext)
- 6 Ville de Toronto. *Toronto Public Health releases new COVID-19 socio-demographic data*, 2020. <https://www.toronto.ca/news/toronto-public-health-releases-new-socio-demographic-covid-19-data/>
- 7 Gatachew, Y., L. Zephyrin, M.K. Abrams, A. Shah, C. Lewis et M.M. Doty. *Beyond the Case Count: the Wide-Ranging Disparities of COVID-19 in the United States* [document d'enquête], Fonds du Commonwealth, 2020. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-09/Getachew_beyond_case_count_COVID_disparities_sb_v2.pdf
- 8 Guttman, A. et coll. *COVID-19 in Immigrants, Refugees and Other Newcomers in Ontario*, 2020.
- 9 Alook, A., S. Block et G.-E. Galabuzi. *A Disproportionate Burden: COVID-19 labour market impacts on Indigenous and racialized workers in Canada*, Centre canadien de politiques alternatives, décembre 2021.
- 10 Statistique Canada. *La santé mentale des groupes de population désignés comme minorités visibles au Canada dans le contexte de la pandémie de COVID-19*, 2020. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00077-fra.pdf?st=e-mEf0-L>
- 11 Association canadienne pour la santé mentale. *Santé mentale : Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables*, 2020. https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/FR_UBC-CMHA-COVID-19-Report.FINAL2_.pdf
- 12 Raina, P., C. Wolfson, L. Griffith et coll. « A longitudinal analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of middle-aged and older adults from the Canadian Longitudinal Study on Aging », *Nature Aging*, vol. 1 (2021), p. 1137-1147.
- 13 CCDUS et CSMC. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 – Rapport sommaire 3 : le revenu, l'emploi et l'accès*, 2021. Sondage Léger : *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19*, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.
- 14 Chagla Z, H. Ma, B. Sander, S. D. Baral, G. Moloney et S. Mishra. « Assessment of the Burden of SARS-CoV-2 Variants of Concern Among Essential Workers in the Greater Toronto Area, Canada », *JAMA Netw Open*, vol. 4, n° 10 (2021), p. e2130284.
- 15 Ville de Toronto. *Toronto Public Health releases new sociodemographic COVID-19 data* [communiqué de presse], 30 juillet 2020. <https://www.toronto.ca/news/toronto-public-health-releases-new-socio-demographic-covid-19-data/>
- 16 Kim, H., J. S. Sefcik et C. Bradway. « Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review » *Research in Nursing & Health*, vol. 40 (2017), p. 23-42.
- 17 Braun, V. et V. Clarke. « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, n° 2 (2006), p. 77-101.
- 18 Bureau de l'équité en matière de santé, CAMH. *Dismantling Anti-Black Racism: A Strategy of Fair & Just CAMH*, Comité consultatif sur le racisme contre les noirs et la santé mentale, 2021. <https://www.camh.ca/-/media/files/camh-dismantling-anti-black-racism-pdf.pdf>
- 19 Prajapati, R. et H. Liebling. « Accessing Mental Health Services: a Systematic Review and Meta-ethnography of the Experiences of South Asian Service Users in the UK », *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, Accessible en ligne.
- 20 Conseil national des Canadiens chinois. *A Year of Racist Attacks: Anti-Asian Racism Across Canada One Year Into the COVID-19 Pandemic*, 2021. https://mcusercontent.com/9fbfd2cf7b2a8256f770fc35c/files/35c9daca-3fd4-46f4-a883-c09b8c12bbca/covidrasm_final_report.pdf
- 21 The Toronto Foundation. *The Toronto Fall Out Report: Half a year in the life of COVID-19. Key insights for an equitable recovery*, 2020. <https://torontofoundation.ca/wp-content/uploads/2020/11/Toronto-Fallout-Report-2020.pdf>
- 22 Rezaee, J.R. *An Intersectional Approach to COVID-19 She-Covery*, YWCA Toronto, 2020. <https://www.ywcatoronto.org/Assets/YWCA/Documents/An%20Intersectional%20Approach%20to%20COVID-19%20She-Covery.pdf>
- 23 Moreno, C. et coll. « How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic », *The Lancet Psychiatry*, vol. 7, n° 90 (2020), p. 813-824 [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30307-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30307-2/fulltext)
- 24 Jenkins, E.K. et coll. « A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey », *Preventive Medicine*, vol. 145, n° 10633 (2021), p. 1-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743520303649>;
- 25 Nations Unies. *COVID-19 and the Need for Action on Mental Health* [document d'orientation], 2020. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

- 26 Council of Agencies Serving South Asians (CASSA). *The Impact of COVID-19 on South Asians in Canada*, 2020. <http://cassa.on.ca/wp-content/uploads/2020/05/The-impact-of-covid-19-on-south-asians-in-canada.pdf>
- 27 Black Health Alliance. *Perspectives on Health and Well-Being in Black Communities in Toronto: Experiences through COVID-19*, 2021. <https://blackhealthalliance.ca/wp-content/uploads/Perspectives-on-Health-Well-Being-in-Black-Communities-in-Toronto-Experiences-through-COVID-19.pdf>
- 28 The Toronto Foundation. *The Toronto Fallout Report: Half a year in the life of Covid-19*, 2020. <https://torontofoundation.ca/wp-content/uploads/2020/11/Toronto-Fallout-Report-2020.pdf>
- 29 Council of Agencies Serving South Asians (CASSA). *Policy Recommendations Report: Moving Towards Decent Employment for South Asian Immigrants in Toronto*, 2020. <http://cassa.on.ca/wp-content/uploads/2020/10/Policy-Recommendation-Report.pdf>
- 30 Statistique Canada. *Enquête sur la population active, juillet 2020*, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200807/dq200807a-fra.htm>
- 31 Saha, S. et J. M. Feldman. « Neighborhood-level Racial/Ethnic and Economic Inequities in COVID-19 Burden Within Urban Areas in the US and Canada », *medRxiv*, 2020.
- 32 Western Centre for Research & Education on Violence Against Women and Children. *"More exposed and less protected" in Canada: Systematic Racism and COVID-19*, 2020. <http://www.vawlearningnetwork.ca/docs/Systemic-Racism-Covid-19-Background.pdf>
- 33 Alook, A., S. Block et G.-E. Galabuzi, décembre 2021.
- 34 Black Health Alliance. *Perspectives on Health and Well-Being in Black Communities in Toronto*, 2021.
- 35 UNESCO. *La discrimination et la stigmatisation liées au COVID-19 : un phénomène mondial?*, 2020. <https://fr.unesco.org/news/discrimination-stigmatisation-liees-au-covid-19-phenomene-mondial>
- 36 Black Health Alliance. *Perspectives on Health and Well-Being in Black Communities in Toronto*, 2021.
- 37 Conseil national des Canadiens chinois. *A Year of Racist Attacks: Anti-Asian Racism Across Canada One Year Into the COVID-19 Pandemic*, 2021. https://mcusercontent.com/9fbfd2cf7b2a8256f770fc35c/files/35c9daca-3fd4-46f4-a883-c09b8c12bbca/covidr racism_final_report.pdf
- 38 Langwerden R. J., M. G. Thompson et E. F. Wagner. « Multidimensional conceptualization of identity and psychopathology: Assessing mental health disparities from an intersectional and dimensional framework », *Personal Ment Health*, 15 juin 2021, DOI : 10.1002/pmh.1519. Publication en ligne avant l'impression. PMID : 34 132 042.
- 39 Alegría, M., A. NeMoyer, I. Falgàs Bagué et coll. « Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go », *Curr Psychiatry Rep*, vol. 20, n° 95 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- 40 Ben J., D. Cormack, R. Harris, Y. Paradies. « Racism and health service utilisation: a systematic review and meta-analysis », *PLoS One*, vol. 12, n° 12 (2017), p. 1-22.
- 41 Hansson, E., A. Tuck, S. Lurie et K. McKenzie, Groupe de travail du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services, Commission de la santé mentale du Canada. *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services*, Ottawa (Ontario), Commission de la santé mentale du Canada, 2010.
- 42 Social Planning Council of Peel. *An Exploratory Study of COVID-19 in Brampton's High Priority Community. Social Planning Peel & Punjabi Community Health Services*, 2021.
- 43 McKenzie K. « Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés », *Healthc Pap*, vol. 18, n° 2 (sept. 2019), p. 4-9.
- 44 Black Health Alliance. *Perspectives on Health and Well-Being in Black Communities in Toronto*, 2021.
- 45 McKenzie K. « Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés », *Healthc Pap*, vol. 18, n° 2 (sept. 2019), p. 4-9.
- 46 McKenzie, K., B. Agic, A. Tuck et M. Antwi. *Arguments en faveur de la diversité : Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*, Commission de la santé mentale du Canada, 2016.
- 47 Hansson, E., A. Tuck, S. Lurie et K. McKenzie, Groupe de travail du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services, Commission de la santé mentale du Canada. *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services*, Ottawa (Ontario), Commission de la santé mentale du Canada, 2010.
- 48 Moreno, C. et coll. « How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic », 2020.
- 49 Alang, S. M. « Mental health care among blacks in America: Confronting racism and constructing solutions », *Health Serv Res*, vol. 54 (2019), p. 346-355.
- 50 Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario et South Asian Women's Rights Organization. *The Impact of Covid-19 on South Asians in Canada*, mai 2020. <http://cassa.on.ca/wp-content/uploads/2020/05/The-impact-of-covid-19-on-south-asians-in-canada.pdf>
- 51 Siddiqi, A., R. Chung, J. Ansoo et P. Senior. *Addressing Economic Racism in Canada's Pandemic Response and Recovery*, The Broadbent Institute, 2021. https://d3n8a8pro7vhm.cloudfront.net/broadbent/pages/7831/attachments/original/1611011661/Addressing_Economic

[_Racism_in_Canada%27s_Pandemic_Response_and_Recovery_-_Report.pdf](#)

⁵² The Toronto Foundation. *The Toronto Fallout Report: Half a year in the life of Covid-19*, 2020.

⁵³ Black Health Alliance. *Perspectives on Health and Well-Being in Black Communities in Toronto*, 2021.

Références

- ⁵⁴ Alegría, M., A. NeMoyer, I. Falgàs Bagué et coll. « Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go », *Curr Psychiatry Rep*, vol. 20, n° 95 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- ⁵⁵ McKenzie, K., B. Agic, A. Tuck et M. Antwi. *Arguments en faveur de la diversité : Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*, Commission de la santé mentale du Canada, 2016.
- ⁵⁶ Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary (Alberta), auteur, 2012.
- ⁵⁷ McKenzie K. « Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés », *Healthc Pap*, vol. 18, n° 2 (sept. 2019), p. 4-9.
- ⁵⁸ Green L., K. Ashton, M. A. Bellis, T. Clemens et M. Douglas. « 'Health in All Policies' – A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, n° 18 (2021), p. 9468. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189468>
- ⁵⁹ Abdinasir, K. et S. Carty. Young Black men's mental health during Covid-19, Centre for Mental Health (Royaume-Uni), 2021. https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/publication/download/CentreforMentalHealth_ShiftingTheDial_YBM_Covid_0.pdf
- ⁶⁰ Alook, A., S. Block et G.-E. Galabuzi. *A Disproportionate Burden: COVID-19 labour market impacts on Indigenous and racialized workers in Canada*, Centre canadien de politiques alternatives, décembre 2021.
- ⁶¹ Teti, M., E. Schatz et L. Liebenberg. « Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries », *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 19 (2020), p. 1-5.
- ⁶² Parti libéral du Canada. *Plan complet de soins de santé mentale partout au Canada*, 2021. <https://liberal.ca/fr/notre-plateforme/plan-complet-de-soins-de-sante-mentale-partout-au-canada>/<https://liberal.ca/our-platform/a-comprehensive>
- ⁶³ Groupe de travail de la Société royale du Canada sur la COVID-19. *Impacts de la COVID-19 au sein des communautés racialisées*, mai 2021. https://rsc-src.ca/sites/default/files/RC%20PB_FR_1.pdf
- ⁶⁴ McKenzie, K., B. Agic, A. Tuck et M. Antwi. *Arguments en faveur de la diversité : Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*, Commission de la santé mentale du Canada, 2016.