

La santé mentale de la communauté noire d'Ottawa



RAPPORT 2020

REMERCIEMENTS

Nous, à Santé publique Ottawa, souhaitons souligner respectueusement que nous nous trouvons sur le territoire traditionnel non cédé de la Nation algonquine. Nous tenons également à présenter nos respects aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, à leurs ancêtres et à leurs Aînés et à souligner leurs précieuses contributions, passées et présentes, à cette région.

Ce rapport a été préparé par :

Hodan Aden, superviseure, Santé publique Ottawa

Chinedu Oraka, agent de projet en santé publique, Santé publique Ottawa

Katherine Russell, épidémiologiste, Santé publique Ottawa

Nous souhaitons remercier tout particulièrement les résidents d'Ottawa, ainsi que les nombreux partenaires qui ont participé à la présente étude de recherche sur la santé mentale de la communauté noire d'Ottawa et ont mis à profit leurs connaissances, leur expertise et leurs stratégies en vue de l'amélioration de la santé mentale des résidents d'Ottawa.

African Canadian Association of Ottawa

Comité du sida Ottawa

Black Mental Health Alliance

Caucus des employés fédéraux noirs

Justice for Abdirahman Coalition (J4A)

MAX Ottawa

Bureau du conseiller Rawlson King

Organisme communautaire des services aux immigrants d'Ottawa

Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa

Centre de santé communautaire Pincrest-Queensway

Centre somalien pour les services à la famille

Centre de santé communautaire Somerset Ouest

Université d'Ottawa

613/819 Black Hub

Remerciements particuliers à nos pairs évaluateurs :

Vera Etches, médecin-hygiéniste en chef, Santé publique Ottawa

Esther Moghadam, directrice, Promotion de la santé et infirmière-chef

Benjamin Leikin, gestionnaire, Milieux scolaire et communautaire, Santé mentale et consommation de substance

Josephine Etowa, Ph. D., professeure, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Ilene Hyman, Ph. D., associée de recherche, Université de Toronto

Pour toute référence à ce document, veuillez citer comme suit :

Santé publique Ottawa. ÉTUDE DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE DE LA COMMUNAUTÉ NOIRE D'OTTAWA (août 2020)

Pour obtenir des copies de ce rapport, veuillez consulter : ottawapublichealth.ca/mentalhealthreport

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Hodan Aden, au 613-580-2424, poste 29724, ou à Hodan.Aden@ottawa.ca

Le contenu de ce rapport et les recommandations qui y figurent reflètent les idées et les suggestions reçues des participants à la recherche dans le cadre de l'étude de recherche sur la santé mentale de la communauté noire Ottawa.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	5
Contexte.....	5
Objectifs et méthodologie de l'étude.....	6
Principales conclusions	7
1. Croyances et perceptions à l'égard de la santé mentale	7
2. Facteurs de risque et de protection	8
3. Accès aux services	9
4. Interactions avec les fournisseurs de soins de santé mentale.....	10
PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE.....	12
CONCLUSIONS DÉTAILLÉES	13
1. Croyances et perceptions à l'égard de la santé mentale	13
Connaissance des questions de santé mentale	13
Santé mentale et maladie mentale : signification et associations	14
Stigmatisation et obstacles à la divulgation des maladies mentales	15
Croyances et attitudes à l'égard de la santé mentale.....	17
Causes perçues de la maladie mentale.....	18
Résumé	19
2. Facteurs de risque et de protection	19
Autoévaluation de la santé mentale.....	20
Prendre soin de sa santé mentale	20
Résumé	25
3. Accès aux services.....	26
Facteurs qui facilitent l'accès.....	26
Obstacles à l'accès	28
Résumé	32
4. Interaction avec les fournisseurs de soins de santé mentale	33
Satisfaction à l'égard des services de santé mentale.....	33
Évaluation des compétences et des attitudes des fournisseurs	34
Résumé	40
ANALYSE ET RECOMMANDATIONS.....	41
Analyse.....	41
Recommandations	42
ANNEXES	46
ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE	47
ANNEXE 2 : INSTRUMENTS DE RECHERCHE.....	57
ANNEXE 3 : TABLEAUX RELATIFS AU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF	71
ANNEXE 4 : GLOSSAIRE	79

ANNEXE 5 : FORMATIONS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ CULTURELLE ET DE LUTTE CONTRE LE RACISME ...	81
ANNEXE 6 : RÉFÉRENCES.....	82

RÉSUMÉ

Il existe un manque de représentation important dans les données actuelles sur les perceptions, les expériences et les besoins de la communauté africaine, caribéenne et noire (ACN) en matière d'accès aux services de santé mentale. La présente étude vise à combler les lacunes en ce qui a trait à la compréhension des obstacles à l'accès, lesquels sont à la fois de nature structurelle et systémique. Si les participants ACN qui ont interagi avec les services et fournisseurs de soins de santé mentale sont, pour la plupart, satisfaits, un certain nombre de problèmes et obstacles fondamentaux empêchent d'autres membres de la communauté d'obtenir les soins appropriés. La stigmatisation continue, qui tire ses origines dans la sensibilité aux réalités culturelles, le racisme et la discrimination, représente un facteur de risque majeur. Les participants aux prises avec un stress financier font face à des obstacles supplémentaires. Les répondants à l'étude ont mentionné l'emploi et la sécurité financière, ainsi que la capacité à recevoir des services de santé mentale d'un fournisseur à l'identité culturelle et raciale similaire comme les deux plus importants facteurs pouvant faciliter une amélioration de l'accès. En outre, l'acquisition d'un savoir-faire culturel au sein de la communauté des fournisseurs de santé mentale est essentielle pour nouer des relations de confiance entre les clients et les fournisseurs, ainsi que pour aborder les biais qui ont une incidence sur les diagnostics et l'établissement de plans de traitement appropriés. À cet égard, on constate un besoin évident d'effectifs en santé mentale plus diversifiés et inclusifs, lesquels pourraient mieux refléter et représenter les membres de la communauté ACN.

Contexte

Les Canadiens de race noire représentent 3,5 % de l'ensemble de la population canadienne et 15 % des personnes qui indiquent faire partie des minorités visibles (Recensement, 2016). Ils ont un profil culturel et linguistique diversifié, composé de citoyens canadiens provenant de 125 pays et de pairs nés au Canada, dont les origines remontent à plus de 400 ans. La communauté noire contribue grandement à la politique, au patrimoine et à l'économie canadienne. Toutefois, en raison de politiques et de pratiques discriminatoires liées à la race, ses membres n'ont pas eu accès aux ressources sociales, économiques, politiques et culturelles ayant une incidence directe et indirecte sur leur santé.

La racialisation est le processus social par lequel certains groupes sont désignés comme « différents », si bien qu'ils sont traités d'une manière particulière et inégale (Galabuzi, 2004; 2006). Le terme « racialisé » reconnaît que la race est une construction sociale et que les obstacles auxquels certaines personnes sont confrontées trouvent leurs origines dans les préjugés raciaux. On estime que d'ici 2031, plus d'un tiers (36 %) de la population d'Ottawa s'identifiera comme racialisée, et que 29 % de ses membres seront nés à l'extérieur du Canada (Statistique Canada, 2011). À Ottawa, c'est la communauté noire qui englobe la plus importante proportion de groupes racialisés.

À la suite de la publication, en 2018, du *Rapport sur l'état de la santé mentale à Ottawa*, la communauté africaine, caribéenne et noire (ACN) d'Ottawa a soulevé des préoccupations quant au fait que l'expérience de ses membres, au sein du contexte local, n'était pas directement reflétée dans les conclusions ou les données. La communauté a mis en lumière la pénurie de données fondées sur la race et souligné le besoin de recherche primaire supplémentaire pour identifier les lacunes et les stratégies et donner lieu à une approche communautaire éclairée en ce qui concerne les interventions visant à assurer une prestation plus efficace des soins de santé mentale.

La recherche dont il est question dans le présent rapport vise à examiner les perceptions des participants ACN à l'égard de la santé mentale; la manière dont ces perceptions contribuent ou nuisent au développement d'une santé mentale positive; différents facteurs de risque et de protection; ainsi que l'expérience des participants en matière d'accès aux services de santé mentale. Les conclusions de cette étude soutiendront l'élaboration de stratégies communautaires permettant de relier efficacement la communauté ACN à des services de santé mentale de qualité et d'améliorer ses expériences.

Aux fins de ce rapport, les termes « africain(e)(s), caribéen(ne)(s) et noir(e)(s) » (ACN) et « noir(e)(s) » sont utilisés indifféremment.

Objectifs et méthodologie de l'étude

Cette étude visait à aborder la question expansive des expériences des membres de la communauté ACN d'Ottawa en matière de la santé mentale et au sein du système de soins de santé mentale. Plus particulièrement, les objectifs clés de cette étude étaient de :

- évaluer la perception des expériences de la communauté ACN d'Ottawa en ce qui a trait à la santé mentale et ses interactions avec les services de santé mentale de la Ville;
- cerner les différentes lacunes et stratégies visant à améliorer les services de santé mentale à l'intention des populations ACN;
- promouvoir l'amélioration des mécanismes de soutien et des services de santé mentale pour les populations ACN.

Quatre séances de consultation préalables ont été organisées avec les dirigeants de la communauté ACN, lesquels ont orienté l'élaboration des questionnaires qualitatif et quantitatif. Une étude à méthodologie mixte a

ainsi été conçue, comprenant des volets quantitatif et qualitatif. Au total, 130 membres de la communauté ACN d'Ottawa ont participé à l'étude de recherche : cent personnes ont ainsi répondu à un sondage autoadministré ou par entrevue, et trente autres ont participé à un entretien individuel mené par Santé publique Ottawa. De plus, quatre autres séances de consultation avec les mêmes dirigeants communautaires ont été tenues, à la suite de l'analyse des données afin de dévoiler les conclusions préliminaires et passer en revue les projets de recommandations. À Ottawa, c'est la communauté noire qui englobe la plus importante proportion de groupes racialisés avec plus de 60 000 résidents (Recensement, 2016).

Les entretiens et les sondages ont été structurés de façon à classer les questions selon quatre grands thèmes :

- les croyances et les perceptions à l'égard de la santé mentale;
- les facteurs de risque et de protection;
- l'accès aux services de santé mentale;
- l'interaction avec les fournisseurs de santé.

Les conclusions ont été organisées conformément aux thèmes figurant ci-dessus. La décision d'intégrer les conclusions de la recherche quantitative et qualitative a été prise, parce que les points de vue tirés des entretiens individuels fournissaient un contexte utile pour les résultats de l'enquête.

Principales conclusions

Les éléments qui suivent représentent les principaux points de vue qui émanent des entretiens individuels et du sondage menés auprès d'un échantillon de la communauté ACN d'Ottawa.

1. Croyances et perceptions à l'égard de la santé mentale

Lorsqu'on a demandé aux participants à la recherche d'évaluer leurs propres connaissances en matière de santé mentale, la plupart (59 %) ont indiqué qu'ils étaient bien informés sur cette question.

Les participants ont décrit la santé mentale comme l'état psychologique d'un individu et sa capacité à composer avec les problèmes et le stress quotidiens. Toutefois, en réfléchissant à la santé mentale, la plupart des descripteurs communs se sont avérés négatifs. Plusieurs (74 %) ont indiqué ressentir de l'inquiétude ou de la tristesse, lorsqu'ils apprenaient qu'une personne était atteinte d'une maladie mentale.

Les réponses au sondage et les commentaires formulés par les participants sur les expériences qu'ils ont eues ou dont ils ont entendu parler soulignent la mesure dans laquelle la stigmatisation et la peur sont étroitement associées à la maladie mentale. Les deux tiers des participants (66 %) reconnaissaient que la plupart des gens ont moins d'estime pour une personne qui a un problème de santé mentale. En outre, une importante proportion (40 %) s'accordait pour dire que le recours à un traitement pour un problème de santé mentale est un signe d'échec personnel. Les participants ont soulevé des préoccupations relativement au fait d'être jugés et indiqué que cela représentait un obstacle évident qui empêchait les gens de parler ouvertement de leurs

problèmes de santé mentale avec d'autres membres de leur communauté ou de consulter un professionnel. Les sensibilités culturelles et les croyances religieuses jouent également un rôle dans les perceptions à l'égard de la santé mentale, bien que certains participants aient souligné des signes encourageants au sein de la communauté ACN dans la façon d'aborder la santé mentale et de commencer à en parler de façon plus ouverte.

« Les préjugés associés à la maladie mentale m'empêcheraient d'en parler avec les gens autour de moi. Je préférerais me taire. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

La vaste majorité des participants (91 %) attribuait les maladies mentales aux expériences difficiles et au stress environnemental. Plusieurs (69 %) croyaient également que la génétique joue un rôle. Il convient de souligner qu'une petite proportion — néanmoins importante — de participants (25 %) a indiqué que la maladie mentale est causée par une malédiction ou une punition à la suite d'un acte répréhensible.

2. Facteurs de risque et de protection

Les facteurs de protection jouent un rôle de premier plan pour assurer le maintien d'une bonne santé mentale, alors que les facteurs de risque peuvent accroître la probabilité de résultats indésirables sur le plan de la santé mentale. Les participants ont fait mention d'un vaste éventail de facteurs individuels, familiaux, communautaires et sociaux qui ont une influence sur la santé mentale.

Facteurs de protection	Facteurs de risque
Emploi et sécurité financière	Instabilité financière
Logement sûr	Absence d'avancement professionnel
Soutien de la famille immédiate	Stigmatisation
Sentiment d'être représenté(e) dans la communauté	Fournisseurs de soins insensibles aux besoins des clients
Sentiment d'appartenance et environnement positif	Inégalités en matière de services
Accès aux services sociaux	Traumatismes
Foi et spiritualité	Microagressions au quotidien
Accès à une prestation de soins empreinte de sensibilité aux réalités culturelles	Actes de violence observés dans la communauté
Soutien des fournisseurs de soins de santé mentale avec qui les clients peuvent s'identifier	Brutalités policières
Autosoins	Injustices
	Mode de survie perpétuel
	Dépendances
	Troubles physiques

Les participants à l'étude ont évalué l'état de leur santé mentale comme étant « plutôt bon » ou « excellent », à l'instar de l'échantillon de résidents d'Ottawa ayant participé à une autre étude — l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de Statistique Canada (Santé publique Ottawa, 2019) (72 % et 67 %, respectivement). Ils ont également fait état du sentiment similaire voulant qu'ils se sentent « extrêmement » ou « très » stressés la plupart du temps, ce qui est conforme au niveau de stress signalé par la population générale d'Ottawa, lorsqu'il a été mesuré dans l'ESCC (23 % et 25 %, respectivement) (Santé publique Ottawa, 2019).

L'emploi et la sécurité financière ont été identifiés comme des facteurs de protection déterminants pouvant améliorer directement la capacité d'accès des gens aux ressources en santé mentale. Au-delà de cela, les

participants ont fait mention de plusieurs autres facteurs ou stratégies qu'ils emploient pour maintenir ou renforcer une santé mentale positive, y compris le soutien qu'ils trouvent en leur foi et leur spiritualité et les soins personnels, lesquels peuvent prendre différentes formes, comme le sommeil, l'exercice et une saine alimentation. Les liens sociaux ont été perçus comme étant un bon moyen de gérer sa santé et d'en prendre soin. Il convient de souligner que près de neuf répondants à l'étude sur dix (87 %) ont indiqué entretenir « de nombreux », « plusieurs » ou « quelques » liens avec leur communauté.

En revanche, un nombre impressionnant a indiqué que la discrimination et les microagressions quotidiennes représentaient des facteurs de risque majeurs susceptibles d'aggraver les troubles de santé mentale. Les résultats de l'étude indiquent que près de la moitié (48 %) des participants avaient subi un préjudice ou un traitement injuste dans les 12 derniers mois, dans un quelconque aspect de leur vie.

«Ce que je trouve le plus difficile à Ottawa et au Canada, c'est le racisme et l'oppression. C'est très dur de voir les gens travailler et faire des efforts constants, et de sentir que le système nous empêche de progresser. C'est vraiment décourageant et ça crée beaucoup de désespoir, qui est un des signes de la dépression.» (Homme, groupe des 50-59 ans)

Le fait de ne pas occuper un emploi rémunéré et l'instabilité financière figuraient également parmi les plus importants facteurs de risque.

3. Accès aux services

Un accès suffisant et adéquat aux services s'avère essentiel pour répondre aux besoins en matière de santé et prévenir la survenue de résultats indésirables. Les participants ont identifié les facteurs qui facilitent ou compliquent l'utilisation des services en matière de santé mentale.

Facteurs qui facilitent l'accès	Facteurs qui compliquent l'accès
Emploi	Absence d'identité commune
Culture et identité raciale similaires	Chômage
Spiritualité	Discrimination et racisme
Liens sociaux	Méconnaissance des ressources
	Manque de savoir-faire culturel
	Barrière linguistique
	Longue liste d'attente
	Manque de confiance à l'égard des fournisseurs de services
	Instabilité financière

Un peu plus d'un tiers (35 %) de ceux qui ont répondu au sondage avaient tenté d'obtenir des services de santé mentale, pour eux-mêmes ou au nom de quelqu'un d'autre. Les participants à l'étude ont fait mention d'une série de facteurs qui facilitent ou entravent l'accès aux services de santé mentale. À plusieurs égards, ceux-ci reflètent les facteurs de risque de protection déjà identifiés.

Par ordre de fréquence de mention, les facteurs considérés comme facilitant l'accès aux services de santé mentale par ceux qui ont tenté d'y accéder sont les suivants : l'accès à un fournisseur qui comprend les besoins des clients (74 %), le fait de disposer de personnel sensible aux réalités culturelles (71 %), des services abordables (71 %), une facilité d'accès (59 %), la proximité des services (35 %) et l'accès à un fournisseur qui parle la même langue (32 %).

Les obstacles perçus concernaient les coûts (66 %), le fait que le fournisseur ne comprend pas les besoins de la personne (57 %) et les longs délais d'attente (49 %). Les lieux peu pratiques (34 %) ou la barrière linguistique (17 %) ont été mentionnés moins fréquemment. L'accès en temps opportun constitue une question particulièrement pertinente pour les personnes de la communauté ACN d'Ottawa. Les personnes ACN sont souvent confrontées à de longues listes d'attente, les fournisseurs ayant des origines culturelles ou raciales similaires étant sous-représentés dans le système. De plus, ces temps d'attente peuvent exacerber la situation et les symptômes, entraînant parfois des conséquences tragiques.

Le manque de soins de santé abordables, accessibles et fournis par du personnel sensible aux réalités culturelles représente un problème réel, puisque la plupart des personnes ACN ont déclaré qu'elles auraient probablement accès à des services de santé mentale — surtout dans un cadre hospitalier (55 %) ou un centre de santé communautaire (50 %). Il convient de souligner que l'échantillon a été principalement recruté dans les centres de santé communautaires, ce qui a probablement une certaine influence sur cette réponse.

4. Interactions avec les fournisseurs de soins de santé mentale

Les interactions clients-fournisseurs de soins de santé mentale représentent un facteur crucial pour la prestation des soins. La majorité (56 %) des participants ont évalué la qualité du service reçu par le fournisseur comme étant « passable », « mauvaise » ou « très mauvaise ». Seulement un cinquième (16 %) des participants ont indiqué que le service avait été « excellent » ou « très bon », alors qu'un quart (25 %) a évalué le service comme étant « bon ». Les entretiens ont montré que les personnes insatisfaites de leurs interactions avec les fournisseurs de services ont mentionné certains problèmes liés à la mauvaise attitude des fournisseurs, à un manque de savoir-faire culturel, au racisme et à la discrimination, ainsi que des problèmes systémiques (c.-à-d. l'installation et l'emplacement des cliniques).

Si la plupart des participants à l'étude ont déclaré qu'ils avaient, de manière générale, été traités avec respect par les fournisseurs de services, les commentaires concernant les cas où des participants ont rencontré des fournisseurs jugés méprisants et irrespectueux ont également été communiqués aux intervieweurs. Ces participants se sont sentis bousculés pendant leur rendez-vous, ce qui est une question cruciale lorsqu'il s'agit de s'assurer que les clients repartent avec une compréhension claire des instructions et des explications données par les fournisseurs.

Près de 30 % de ceux qui ont tenté d'obtenir des services de santé mentale ont ressenti des préjugés ou une attitude négative à leur endroit de la part du fournisseur de services. Ils leur ont notamment reproché un comportement condescendant (63 %), des commentaires formulés (44 %), une attitude peu accueillante (38 %) et l'impression générale de faire l'objet de jugements et de certaines suppositions (38 %).

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Au total, 130 personnes de la communauté ACN d'Ottawa ont participé à cette étude. Parmi elles, cent participants ont répondu à un sondage et trente autres ont participé à des entrevues en personne.

Des 130 répondants :

- 87 % étaient âgés de 16 à 39 ans;
- un peu plus de la moitié étaient des femmes (54 %), alors que les hommes comptaient pour 43 %; 1 % se sont identifiés comme non binares;
- 34 % sont nés au Canada, contre 64 %, à l'étranger;
- 76 % se sont identifiés comme hétérosexuels, 8 % comme asexuels, 3 % comme homosexuels, 1 % comme allosexuels et 1 % comme pansexuels.

D'autres caractéristiques descriptives figurent dans le profil à droite, ainsi qu'à l'annexe 3.

Caractéristiques démographiques de l'échantillon (n= 130)



01 IDENTITÉ ETHNORACIALE Africain de race noire 81% Canadien de race noire 27% Caraïbe de race noire 6% Afro-américain 1% Other 2%	02 AGE 16 – 19 ans 36% 20 – 29 ans 26% 30 – 39 ans 26% 40 – 49 ans 5% 50 – 59 ans 6% 60 – 69 ans 2%	03 LANGUE Unilingue anglais 75% Unilingue français 2% Bilingue 23% Aucune 1%	AUTRES LANGUES Somali 39% Swahili 5% Arabe 4% Créole 2% Amharique 1%
04 IDENTITÉ DE GENRE Homme 44% Femme 54% Non-binaire 1%	05 ORIENTATION SEXUELLE Hétérosexuel-le 76% Asexuel-le 8% Gai/lesbienne 3% Allosexuel-le 1% Pansexuel-le 1% Autre 1%	06 STATUT DE RELATION Célibataire 64% Mariée-e 26% Relation stable (en cohabitation) 3% Relation stable (pas de cohabitation) 2% Séparé-e/divorcé-e 2%	
07 NÉ-E AU CANADA Oui 34% Non 64%	08 RELIGION/FOI Musulmane 49% Chrétienne 44% Africaine traditionnelle 1% Autre 1%	09 LOGEMENT Habite avec la famille 38% Locataire (maison ou appartement) 35% Propriétaire (maison au condo) 20% Logement supervisé 2% Centre d'hébergement 1%	
10 SCOLARITÉ Secondaire ou moins 40% Collège, cégep, école de formation professionnelle, école de métiers, formation d'apprenti 6% Université 53%	11 EMPLOI Employé-e ou travailleur-euse autonome à temps plein 50% Employé-e ou travailleur-euse autonome à temps partiel 24% Étudiant-e à temps partiel ou à temps plein 15% Bénévole 12% Sans emploi et à la recherche d'un emploi 9% Sans emploi pour invalidité 3% S'occupe d'enfants ou de membres de la famille 1% Retraité-e 1%		
12 REVENU 0-29 999 \$ 22% 30 000-59 999 \$ 21% 60 000-89 999 \$ 10% 90 000-119 999 \$ 4% 120 000-149 999 \$ 4% 150 000 \$ et plus 7%			

* La somme des chiffres peut ne pas atteindre 100 %, certains répondants ayant préféré ne pas répondre.

CONCLUSIONS DÉTAILLÉES

Une analyse plus détaillée des conclusions de l'étude est fournie dans les sections qui suivent. Les conclusions ont été organisées selon les quatre principales rubriques thématiques : croyances et perceptions à l'égard de la santé mentale; facteurs de risque et de protection; accès aux services; interactions avec les fournisseurs de soins de santé mentale. On a adopté une approche intégrée des rapports, de sorte que les résultats pertinents des entretiens individuels et de l'enquête sont présentés ensemble afin de donner une image complète des points de vue des participants à l'étude et de mettre en évidence les principales réponses qui sont ressorties, par thème.

Chacune des quatre principales sections intègre les conclusions des recherches quantitatives et qualitatives, les perspectives tirées des entretiens individuels fournissant un contexte utile pour les résultats de l'enquête.

1. Croyances et perceptions à l'égard de la santé mentale

La santé mentale se définit comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2004). Selon cette définition, le bien-être se situe au-delà de l'absence de maladie mentale. Une bonne santé mentale permet à une personne de remplir plusieurs fonctions et activités essentielles de la vie, y compris, fondamentalement, la capacité de jouir de la vie, tout en composant avec les difficultés et les problèmes inhérents. En revanche, la maladie mentale est une pathologie pouvant faire l'objet d'un diagnostic et qui se caractérise par une perturbation de la pensée et de l'émotion, souvent accompagnée d'une diminution de la capacité à composer avec les aléas et de la vie. S'il faut distinguer la santé mentale de la maladie mentale, il convient de souligner qu'elles se trouvent toutes deux au sein d'un continuum selon lequel la personne peut avoir une bonne ou une mauvaise santé mentale, avec ou sans maladie mentale.

Connaissance des questions de santé mentale

La plupart des répondants au sondage ont indiqué qu'ils avaient une assez bonne connaissance des questions de santé mentale. Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer leur niveau de connaissance sur une échelle de cinq points, les possibilités de réponses allant d'« aucune connaissance » à « très bonne connaissance », la plupart des participants ont indiqué détenir au moins un certain degré de connaissance. La majorité (59 %) a affirmé qu'ils avaient une « bonne connaissance » (45 %) ou une « très bonne connaissance » (15 %) des questions de santé mentale. Du reste, près d'une personne sur trois (30 %) a qualifié son niveau de connaissance comme étant « neutre », alors que moins d'une personne sur dix a indiqué n'avoir « aucune connaissance ».

Au-delà de cette autoévaluation générale, l'étude ne comprenait pas d'estimation officielle du niveau de compréhension des répondants à l'égard de la santé mentale.

Santé mentale et maladie mentale : signification et associations

Lorsqu'on leur a demandé ce que signifiait pour eux la santé mentale, les participants aux entretiens ont répondu qu'il s'agissait de l'état psychologique d'une personne et de sa capacité à composer avec les problèmes de la vie quotidienne. Certains ont fait état de concepts, comme l'équilibre psychologique et la santé émotionnelle, ou se sont concentrés sur le bien-être général (c.-à-d. « *quelque chose qui affecte le bien-être mental* »).

« Je vois la santé mentale comme une étape au cours de laquelle une personne est équilibrée sur le plan psychologique et peut mettre en pratique ses habiletés cognitives. » (Femme, groupe des 40-49 ans)

Dans certains cas, les participants ont défini la santé mentale comme étant une capacité d'adaptation ou l'aptitude à gérer le stress, à penser de manière critique et à réagir aux situations de crise.

« Cela désigne la capacité d'une personne à fonctionner ou à composer mentalement avec les activités quotidiennes, sa façon de réagir aux situations de crise. » (Femme, groupe des 50-59 ans)

« La capacité de penser de manière critique et responsable, laquelle peut influencer votre état d'esprit. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

« Cela signifie pour moi la santé physique, en ce sens que vous prenez le temps de vous sentir bien dans votre corps et d'être en mesure de mener à bien vos tâches quotidiennes. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

Il existe un lien étroit entre la santé physique et la santé mentale. Certains participants croyaient que la maladie mentale pouvait être perçue et traitée à peu près comme n'importe quelle maladie physique. En fait, les participants ont reconnu que la santé physique avait une grande influence sur la santé mentale et que, comme pour la santé physique, le bien-être émotionnel et physique avait des effets sur la santé mentale.

Il convient de souligner que plusieurs participants percevaient la santé mentale d'un point de vue négatif plutôt que positif. Plusieurs participants ont en effet parlé de la santé mentale dans le contexte de « *quelque chose qui ne fonctionne pas correctement dans votre tête* », déduisant que les personnes touchées fonctionnent dans un état de confusion. Certains participants ont décrit plus en détail les personnes vivant avec une maladie mentale comme faisant partie d'un spectre, la prise de décision étant difficile et leur modèle de comportement s'en trouvant altéré.

De même, lorsqu'on leur a demandé ce qui leur venait à l'esprit lorsqu'ils entendaient que quelqu'un était atteint d'une maladie mentale, les participants aux entretiens ont surtout eu des réponses négatives. Les personnes atteintes de maladies mentales étaient perçues comme « *souffrantes* » ou « *folles* ». D'autres ont mentionné une faiblesse personnelle et de la peur. Environ les trois quarts (74 %) des répondants au sondage ont indiqué que lorsqu'ils entendaient dire qu'une personne était atteinte d'une maladie mentale, cela évoquait « de l'inquiétude ou de la tristesse » dans leur esprit; un peu plus du tiers (36 %) a mentionné « l'espoir » et

l'autre quart (26 %) a plutôt parlé de « crainte ». Ces résultats ne présentent pas de variation significative parmi les participants qui ont dit « avoir une bonne connaissance » (soit « une bonne » ou « une très bonne connaissance ») des questions de santé mentale.

Association avec la maladie mentale

Plusieurs participants associaient la maladie mentale à un diagnostic officiel. Lorsqu'on les a interrogés sur leur perception d'une personne atteinte de maladie mentale, l'impression générale était que cette personne doit suivre une thérapie, être sous traitement médicamenteux et qu'elle est incapable de fonctionner correctement dans la société, sans médicaments. Les entretiens ont fait ressortir de manière évidente le manque de compréhension de la part des participants à l'égard du continuum où se situent la santé mentale et la maladie mentale, leurs croyances au sujet de la santé mentale et leur perception à l'égard de ceux qui vivent avec une maladie mentale, qu'il s'agisse de la dépression, de l'anxiété ou de la schizophrénie.

« De manière générale, ce qui me vient à l'esprit est qu'ils sont atteints d'une maladie diagnostiquée, comme la dépression. » (Femme, groupe des 20-29 ans)

« Pour moi, un trouble de santé mentale désigne l'incapacité d'une personne à réaliser son plein potentiel, en raison de la maladie » et « cela pourrait comprendre tous les problèmes cliniques, comme le trouble de l'anxiété et la schizophrénie. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

Stigmatisation et obstacles à la divulgation des maladies mentales

L'existence de préjugés associés à la maladie mentale a été mentionnée, tant par les répondants au sondage que par les participants aux entretiens.

On a demandé aux participants au sondage de répondre à quatre questions/énoncés visant à évaluer dans quelle mesure ils étaient d'avis qu'il existe toujours une stigmatisation liée à la maladie mentale. Les conclusions suggèrent que, bien que la stigmatisation soit perçue comme étant assez répandue, une proportion importante de répondants a exprimé un certain degré de stigmatisation intériorisée. Les résultats sont les suivants :

- les deux tiers (66 %) des participants étaient d'accord pour dire que *la plupart des gens ont moins d'estime pour une personne qui a un problème de santé mentale*. Moins d'une personne sur cinq (18 %) était en désaccord, alors que 12 % n'étaient ni d'accord ni en désaccord avec cet énoncé;
- alors que près de la moitié (48 %) des participants étaient en désaccord avec l'énoncé selon lequel *la plupart des gens pensent que le recours à un traitement pour un problème de santé mentale est un signe d'échec personnel*, celui-ci a été approuvé par environ deux personnes sur cinq (40 %) et un peu plus d'une personne sur dix (13 %) s'est dite « tout à fait d'accord ». Un faible pourcentage de participants (9 %) n'était ni d'accord ni en désaccord.

- Si la plupart (72 %) des gens seraient à l'aise de dévoiler à leur famille et à leurs amis qu'ils ont besoin d'aide pour leur santé mentale, environ un quart (27 %) des participants ont indiqué que ce n'était pas leur cas. Le degré d'aise lié à la divulgation aux membres de la famille et aux amis ne varie pas de façon marquée, même chez les participants qui ont indiqué entretenir « de nombreux/plusieurs » liens avec leur communauté (76 % ont répondu être à l'aise, 24 % ont indiqué qu'ils ne le seraient pas).
- Parmi les personnes ayant mentionné qu'elles seraient « plutôt/pas du tout à l'aise » de divulguer aux membres de leur famille ou aux amis qu'elles ont besoin d'aide pour leur santé mentale, le cas échéant, les motifs (par ordre de fréquence) qui les empêcheraient de faire part de leurs préoccupations et de la situation aux membres de leur famille et aux amis sont les suivants : 46 % « ne veulent pas être jugés », 33 % « ne veulent pas qu'on les perçoive comme des personnes faibles », 16 % ont exprimé un « manque de confiance » et 10 % ont cité « la peur » comme obstacle à la divulgation.

Les entretiens ont permis d'obtenir d'autres points de vue. Environ la moitié des participants aux entretiens ont en effet répondu par l'affirmative lorsqu'on leur a demandé s'ils seraient ouverts à divulguer aux membres de leur famille et aux amis qu'ils ont besoin d'aide pour leur santé mentale. Certains ont indiqué qu'ils ne le diraient qu'à leurs conjoint-e-s, alors que d'autres pourraient le révéler seulement aux amis et membres de la famille les plus proches. Comme l'a fait remarquer un participant :

«Oui, je pense que les gens de ma génération sont beaucoup plus ouverts que leurs parents en ce qui concerne ces questions et nous tentons de nous informer sur la manière d'améliorer notre santé mentale, en normalisant les conversations à sujet et non en les balayant sous le tapis.» (Femme, groupe des 20-29 ans)

La stigmatisation et la peur font partie des obstacles au fait de parler ouvertement de la santé mentale. Les participants ont fait état de sensibilités culturelles qui empêchaient la tenue de conversations sur la santé mentale, notamment l'attitude stéréotypée de la communauté à l'égard des hommes qui rapportent avoir des problèmes de santé mentale et celle des parents, qui ne comprennent pas en quoi consiste le fait de parler de santé mentale. Sur ce dernier point, il serait utile de procéder à une exploration plus poussée de la mesure dans laquelle les niveaux de connaissances, y compris les sensibilités et les perceptions erronées, ont une incidence sur la propension à parler de ce sujet.

D'autres obstacles aux discussions plus ouvertes au sujet de la santé et de la maladie mentales comprennent la crainte d'être jugés, la volonté de ne pas inquiéter ou déranger la famille et les amis, ainsi que la crainte de l'incertitude en ce qui a trait à la réaction des autres ou ce qu'ils pourraient en dire.

« Les préjugés associés à la maladie mentale m'empêcheraient d'en parler avec les gens autour de moi. Je préférerais me taire. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

« J'ai des enfants et cela m'inquiète vraiment de parler avec eux de ce qui se passe dans ma tête. Je ne sais pas comment faire ça. » (Femme, groupe des 40-49 ans)

Certains participants ont soulevé la question de la stigmatisation associée aux questions de santé et de maladie mentales. Ainsi, lorsque ces questions s'appliquent à une personne en particulier, on a tendance à moins l'estimer ou à faire preuve de mépris à son égard. Par exemple, certains pensaient que les gens peuvent se demander : « Qu'est-ce qui a provoqué cet état? Quelles épreuves ces personnes traversent-elles? » ou qu'ils pourraient conclure que « cela doit être vraiment difficile pour ces personnes » ou encore « qu'elles ne sont pas suffisamment fortes pour composer avec les aléas de la vie. » Ces points de vue ou prises de position sont censés entraîner une plus grande discrimination, faisant en sorte que les personnes touchées se sentent ostracisées.

Les participants ont également réfléchi aux répercussions plus larges de la maladie mentale, en particulier sur les membres de la famille qui s'occupent d'une personne qui en est atteinte. On a souligné que les proches aidants peuvent eux-mêmes ressentir certains effets négatifs au sein de leur communauté, comme le sentiment d'être jugés et le fait d'être l'objet de discrimination et de marginalisation, ce qui peut même donner lieu à des idées suicidaires. À cet égard, la stigmatisation entourant la maladie mentale peut être marquée et profondément ressentie par ceux qui vivent avec une personne atteinte d'une maladie mentale ou en prennent soin.

Croyances et attitudes à l'égard de la santé mentale

Les croyances et les attitudes des gens à l'égard de la santé mentale sont façonnées par une vaste gamme de facteurs, dont la situation socioéconomique (c.-à-d. l'éducation et le revenu du ménage), le statut d'immigrant, les croyances culturelles, la religion, les influences personnelles ou celles de la famille, les normes sociales et les médias.

Le niveau de scolarité et le revenu des ménages sont les principaux facteurs qui déterminent les points de vue et les attitudes sur la santé et la maladie mentales des membres de la population ACN qui ont participé à cette étude. Les participants aux entretiens ont déclaré que des études et une éducation formelles avaient une influence généralement positive sur leur santé mentale. Par exemple, une travailleuse de la santé a déclaré, sur la base de son expérience pratique, qu'il existe une forte corrélation entre le revenu du ménage, la situation professionnelle et la santé mentale. Elle a plus précisément souligné que les personnes ayant une moins bonne santé mentale étaient généralement au chômage et vivaient dans des ménages à faible revenu.

Il convient de souligner qu'on a observé une différence marquée entre les réponses des participants nés au Canada, qui avaient reçu une certaine éducation au Canada ou travaillé dans le domaine social, par rapport aux participants immigrants de première génération. Les premiers étaient plus susceptibles de reconnaître les problèmes psychologiques et d'être plus attentifs à leur propre santé mentale, tandis que les nouveaux

arrivants semblaient très conscients de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. Bien que les deux groupes s'accordaient pour dire que le contexte culturel a une forte influence sur leurs croyances et leurs attitudes à l'égard de la santé mentale, les immigrants de première génération étaient plus susceptibles d'adhérer à ces croyances, tandis que les autres s'adressaient souvent secrètement à des services de santé mentale en dehors de leur communauté. Cela dit, un nombre encourageant de participants a déclaré qu'ils remarquaient un changement culturel au sein de leur communauté dans la façon dont le sujet de la santé mentale était abordé et que davantage de personnes dans leur communauté commençaient à parler ouvertement de leurs expériences.

L'influence de la religion sur les attitudes et les croyances était également évidente, certains participants suggérant qu'une personne qui vit avec des problèmes de santé mentale peut-être « [détachée du dessein divin ou déconnectée de Dieu.](#) »

La situation familiale ou des facteurs individuels, comme les expériences personnelles vécues, les mécanismes d'adaptation et l'ouverture à entretenir des conversations au sujet de la santé mentale au sein du cercle familial ont également été désignés comme des éléments pouvant influencer les croyances et les attitudes des gens à l'égard de la maladie mentale.

Les participants ont parlé du rôle des normes sociales en matière de santé mentale, plus particulièrement de la façon dont les médias traditionnels les perpétuent, ce qui était perçu comme la diffusion d'un point de vue universel sur la question. Une participante a d'ailleurs déclaré :

« Je pense qu'il y a une dichotomie dans la façon dont les personnes atteintes de maladie mentale sont représentées dans les médias. Il est clair que la société occidentale comprend la maladie mentale d'une certaine manière et je me retrouve parfois à essayer d'adhérer à cette vision et à ce qu'elle signifie. Je pense que l'accent devrait être mis sur une compréhension plus globale et plus afrocentriste également. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

Causes perçues de la maladie mentale

On a demandé aux participants aux entretiens d'indiquer ce qui leur vient à l'esprit lorsqu'ils entendent parler d'une personne atteinte d'une maladie mentale. Plusieurs thèmes clés ont été identifiés, notamment le stress environnemental, la maladie et la génétique.

Si les personnes œuvrant dans le domaine de la santé mentale ou pour un centre de santé communautaire exprimaient de l'empathie pour ceux qui sont aux prises avec un trouble de santé mentale, d'autres ont mentionné que c'est le terme *maladie* qui leur vient habituellement en tête.

Pendant la discussion, certains participants ont mentionné les facteurs génétiques comme cause courante de la maladie mentale, reconnaissant que les personnes qui présentent des antécédents familiaux de maladie mentale pouvaient y être génétiquement prédisposées.

Si plus des deux tiers (69 %) des répondants au sondage ont établi un lien de causalité entre la génétique et la maladie mentale, la grande majorité (91 %) a indiqué que les expériences difficiles et le stress environnemental étaient des facteurs de causalité. Bien qu'il s'agisse d'une proportion importante (25 %), c'est en nombre beaucoup moins grand que les répondants ont affirmé que la maladie mentale était une malédiction ou la punition d'un acte répréhensible. Comme mentionné plus tôt, cette conclusion particulière met en lumière le rôle de la religion et des croyances culturelles dans les perceptions à l'égard des causes de la maladie mentale et des personnes qui en sont atteintes. Il convient de souligner que cette perception était détenue par une proportion de participants égale (25 %) à celle qui a affirmé avoir « bonne connaissance » des questions relatives à la maladie mentale et que, par rapport au nombre total de participants, une part plus légèrement plus élevée (80 %) a affirmé que la maladie mentale trouvait ses origines dans la génétique.

Résumé

Les niveaux de connaissance et les attitudes à l'égard de la santé et de la maladie mentales varient grandement parmi les personnes ACN qui ont participé à cette recherche. Dans l'ensemble, les perceptions négatives à l'égard de la santé mentale ont prévalu en raison de différents facteurs, dont le niveau de connaissance et les croyances religieuses et culturelles. La stigmatisation continue d'être un obstacle majeur à la divulgation de problèmes de santé mentale aux autres. Un point positif : les participants ont reconnu que les facteurs comme les circonstances difficiles de la vie et le stress contribuent grandement à la maladie mentale, outre les questions liées à la génétique.

2. Facteurs de risque et de protection

On a identifié plusieurs facteurs qui contribuent au bien-être mental ou diminuent la stabilité mentale (CAMH, 2012).

Le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de la santé publique du Canada fournit une approche pour mesurer les résultats et les déterminants en matière de santé mentale (ASPC, 2020). Les facteurs de risque et de protection à l'égard d'une santé mentale positive ont été établis dans les quatre niveaux contextuels définis : individu, famille, communauté et société, chacun d'entre eux ayant un effet d'accroissement (facteur de protection) ou de diminution (facteur de risque) du potentiel de résilience d'un individu à (Barankin et coll., 2007).

Cette section comprend les données du sondage liées à l'auto-évaluation de la santé mentale, suivies des données des entretiens et celles du sondage qui explorent les facteurs de risque et de protection ayant une influence sur la santé mentale de la communauté noire d'Ottawa.

Autoévaluation de la santé mentale

L'autoévaluation de la santé mentale mesure la perception d'une personne à l'égard de l'état de sa santé mentale.

En 2017, plus des deux tiers (68 %) des résidents d'Ottawa âgés de 12 ans et plus ont fait état d'une santé mentale « excellente » ou « très bonne », une conclusion similaire aux données correspondant au reste de l'Ontario (67 %ⁱ). En comparaison, près des trois quarts (73 %) des participants ACN à l'étude ont évalué leur santé mentale comme étant « excellente » (44 %) ou « plutôt bonne » (29 %), un peu moins d'une personne sur cinq (18 %) a jugé qu'elle était « moyenne » et relativement peu de participants (7 %) ont indiqué qu'elle était « mauvaise ». Si les participants ACN à l'étude ont évalué leur santé mentale de manière à peu près similaire aux autres personnes vivant à Ottawa, les facteurs de risque et de protection énoncés donnent lieu à un scénario très différent, en ce qui concerne de la gestion active des membres de la communauté ACN à l'égard de leur santé mentale.

Prendre soin de sa santé mentale

Facteurs de protection

Les participants ont cerné un éventail de facteurs de protection qui influencent leur santé mentale de manière positive. Ceux-ci sont répertoriés ci-dessous suivant les quatre domaines déterminés par l'ASPC. La liste figurant ci-dessous a été générée par les participants à l'étude.

Facteurs de protection

Individu	Famille	Communauté	Société
Autosoins Maintien d'un équilibre dans différents aspects de la vie Activité physique Saine alimentation La paix et la gratitude conférées par la foi et la spiritualité	Soutien de la famille immédiate Liens étroits avec la famille élargie	Arts et culture Sentiment d'appartenance Milieu de travail solidaire Échange avec des personnes aux identités similaires Fournisseur de soins de santé solidaire et auquel je peux m'identifier	Sentiment d'être représenté dans la communauté Logement adéquat Accès à la nourriture et aux nécessités Emploi sûr Accès aux services sociaux Accès à une prestation de services empreinte de sensibilité aux réalités culturelles Environnement positif Milieu de travail positif Traitement équitable

L'emploi et la sécurité financière sont les plus importants facteurs de protection. Ceux-ci étaient directement associés à un meilleur accès aux ressources et à une protection contre les risques renforcée. Les participants qui occupent un emploi pouvaient faire des choix positifs pour améliorer leur santé mentale, notamment en ayant un environnement de vie sûr et accès à la nourriture et à d'autres nécessités.

Les autosoins ont été le deuxième facteur de protection le plus fréquemment cité, ceux-ci étant prodigués de différentes façons, à l'aide de techniques diverses. Plus particulièrement, les participants aux entretiens ont rapporté que le fait d'avoir un équilibre positif dans la vie, de trouver des moyens de prendre soin de soi, même sur le plan psychologique, de faire de l'exercice et de s'alimenter sainement était bénéfique pour leur santé mentale.

«Je sais aussi que mon discours intérieur est quelque chose qui assure véritablement le maintien de ma santé mentale positive.» (Homme, groupe des 30-39 ans)

Certains participants ont mentionné d'autres soins personnels, comme l'établissement et le maintien de limites, l'atteinte d'un équilibre raisonnable entre le travail et la vie privée, la bienveillance et le fait de tenter de manifester envers soi-même de l'indulgence et de la compassion, les retraites et la tenue d'un journal. Parmi les mesures de soins personnels prises par les participants, citons la pratique de la pleine conscience, le fait de rester en phase avec son humeur, les contrôles réguliers du bien-être intérieur, ainsi que la connaissance et l'évitement de certains déclencheurs.

Plusieurs participants ont indiqué mettre l'accent sur leur santé physique, notamment le maintien d'une saine alimentation, la pratique d'une bonne hygiène du sommeil, en particulier un sommeil/repos suffisant, l'exercice ou le conditionnement physique, la pratique du yoga et du sport pour prendre soin de leur santé mentale.

«Je me sens mieux mentalement quand je fais de l'exercice, quand je suis plus active et plus engagée, quand je bouge et que j'apprends de nouvelles choses.» (Femme, groupe des 30-39 ans)

D'autres s'adonnent à des passe-temps comme la lecture ou la télévision, la musique, le chant et les voyages. En règle générale, la recherche de distractions dans la vie quotidienne est considérée comme un moyen utile de prendre soin de sa santé mentale.

Troisièmement, les liens sociaux ont été cités comme un facteur clé dans la gestion et la prise en charge de la santé mentale d'une personne. Plus précisément, il a été question d'établir des contacts avec la famille, les amis et la communauté au sens large, d'être entouré de personnes compréhensives et qui ne portent pas de jugement et de rester en contact avec les autres. Le sentiment d'appartenance à la communauté est l'une des mesures du bien-être social, qui est fortement lié à des résultats positifs en matière de santé mentale et physique. Le sentiment d'appartenance à la communauté reflète les attaches sociales d'un individu, ainsi que son niveau d'engagement et de participation à la collectivité.

Parmi les répondants au sondage de la communauté ACN d'Ottawa, près de neuf personnes sur dix (87 %) ont indiqué entretenir « de nombreux » (15 %), « plusieurs » (33 %) ou « quelques » (40 %) liens avec leur communauté. Un pourcentage relativement faible (8 %) s'est décrit comme « n'ayant aucun lien ». En comparaison, environ les deux tiers (67 %) des résidents d'Ottawa, dans l'ensemble, avaient déclaré entretenir

un sentiment d'appartenance à leur communauté locale en 2017, ce qui est similaire au reste de l'Ontario (68 %).

Les participants aux entretiens ont exprimé leur satisfaction de savoir qu'ils disposaient d'un système de soutien sur lequel ils pouvaient compter en cas de difficultés et ont mentionné que l'appartenance à une collectivité était bénéfique pour leur santé mentale. Pour la population noire d'Ottawa, le sentiment d'appartenance et les liens sociaux constituaient des éléments essentiels pour accéder aux services, et leur famille et leur communauté étaient une source de soutien qui favorisait un comportement plus enclin à demander de l'aide. L'idée ou la conviction de certains à l'égard du fait que leur famille et leur communauté ne comprenaient pas leur état provoquent des sentiments d'isolement, de stress et de désarroi.

« Le fait de dire qu'il y a une stigmatisation au sein de la population est en fait très préjudiciable à la guérison. Je pense que cela aurait été plus facile, si j'avais su que ma communauté allait me soutenir. » (Femme, groupe des 30— 39 ans)

La spiritualité, comme la prière et la méditation, a été mentionnée parmi les stratégies les plus importantes pour le maintien d'une bonne santé mentale. La foi et la spiritualité procurent un sentiment de paix, de gratitude et de connexion, plus particulièrement lors de la pratique du culte avec d'autres membres de la communauté. De nombreux participants ont déclaré que la spiritualité est un aspect fondamental de leur vie quotidienne. Les lieux de culte, comme les mosquées ou les églises, leur offrent la possibilité d'obtenir le soutien de leurs pairs. Des conseillers spirituels ayant des valeurs et des systèmes de croyances similaires leur fournissent des services d'orientation et de conseil qui répondent à leurs besoins. Les participants ont déclaré qu'ils se sentaient beaucoup plus à l'aise d'entrer en contact avec les membres de leur communauté qui partagent leur foi. Cela leur donne l'occasion de méditer et de prier pour composer avec les situations stressantes de la vie.

Parmi les autres moyens utilisés par les participants pour prendre soin de leur santé mentale, mentionnons la recherche d'un soutien professionnel ou d'un traitement médical, comme le counseling et la thérapie. L'accès aux services sociaux, à une prestation de services empreinte de sensibilité aux réalités culturelles et, plus généralement, à un environnement positif a également été signalé comme ayant un impact positif sur la santé mentale. L'utilisation de médicaments sur ordonnance et l'usage récréatif de substances, comme le tabagisme, offraient certains avantages à quelques autres participants. Par exemple, une participante a déclaré qu'elle prenait des antidépresseurs et que cela l'aidait à se sentir mieux. Plusieurs participants ont mentionné que l'alcool, le tabac ou la consommation de cigarettes électroniques étaient les mécanismes d'adaptation qui les aidaient à rester calmes après avoir vécu un événement traumatisant ou une période de stress, et qu'ils recouraient à ces habitudes pour favoriser le maintien d'une santé mentale positive. Un autre participant a déclaré : « les antidépresseurs m'aident à me sentir mieux ».

Facteurs de risque :

Les participants ont identifié une série de facteurs de risque ayant une influence négative sur leur santé mentale. Des facteurs comme le chômage/la pauvreté, la discrimination et le racisme envers les Noirs, le stress et le manque d'accès aux ressources sont les plus fréquemment cités par les participants. Ces facteurs sont présentés ci-dessous suivant les quatre domaines déterminés.

Facteurs de risque

Individu	Famille	Communauté	Société
Dépendance Manque de connaissances Stress Sentiment de dépression Biais à l'égard de la santé mentale Maladie physique Épuisement professionnel et traumatisme comme réponse aux injustices Honte Mode de survie perpétuel Sentiment d'accablement	Familles peu soutenues en raison de priorités concurrentes	Stress social Absence de sentiment d'appartenance Environnement négatif Exposition à la violence Environnement scolaire et professionnel négatif Médias sociaux Intimidation Manque de soutien Jugement au sein de la communauté	Chômage et instabilité financière Faibles revenus Oppression systémique Discrimination et expériences quotidiennes de microagressions Brutalité policière et racisme Inégalités en matière de services Manque d'accès aux ressources Absence de savoir-faire culturel Status d'immigration Stigmatisation

Comme mentionné plus haut, un emploi rémunéré et la stabilité financière sont des facteurs de protection de premier plan, essentiels au maintien d'une santé mentale positive. Ainsi, le chômage et l'insécurité financière sont considérés comme des facteurs de risque majeurs. Les commentaires ci-dessous soulignent très clairement la variabilité de l'accès aux services de santé mentale, en fonction de la situation professionnelle, et les répercussions qui en résultent.

« J'ai tenté de savoir quelle était la couverture prévue pour les services de santé mentale, et cela m'a demandé beaucoup de temps. J'ai pris contact avec l'entreprise pour savoir ce qui était couvert et appris que je ne bénéficiais d'aucune couverture en ce qui concerne les visites chez le psychologue ou le psychothérapeute. Cela signifie que je devais payer de ma poche, même si les services sont limités. Je n'avais pas les moyens d'assumer cela. » (Personne allosexuelle, du groupe des 20-29 ans)

« Je me sens assez privilégiée de pouvoir consulter un thérapeute dévoué grâce au régime d'avantages sociaux dont je bénéficie au travail. J'essaie de lui rendre visite deux fois par mois et j'apprends beaucoup sur ce qu'il faut faire pour mieux gérer ma santé mentale. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

Deuxièmement, en ce qui concerne l'emploi et les revenus, un nombre impressionnant de participants a identifié la discrimination et les expériences quotidiennes de microagressions comme des facteurs de risque majeurs pour la santé mentale. Certains participants ont relaté des histoires qui mettent en lumière la nature et l'impact des microagressions pouvant se produire au quotidien pour les personnes ACN. Par exemple, comment des femmes non racialisées, en passant près d'elles, se cramponnent à leur sac à main ou préfèrent rester debout dans les transports en commun plutôt que de s'asseoir à côté d'un homme de race noire.

La discrimination est associée à un manque de possibilités d'avancement dans la société. Comme le fait remarquer une participante dans son commentaire présenté ci-dessous, la communauté ACN a été confrontée à une discrimination systémique en milieu de travail, et la santé mentale devient moins prioritaire lorsque l'accent est mis sur des questions de subsistance plus urgentes.

« Ce n'est pas que la santé mentale ne représente pas une priorité, mais nous sommes toujours confrontés à des taux de discrimination dans l'emploi extrêmement élevés. Nous nous inquiétons souvent de la façon dont nous allons mettre de la nourriture sur la table ou de la manière, de l'endroit ou du moment où notre contrat prendra fin, alors le fait de penser à la santé mentale est un luxe pour certaines personnes, pour être très honnête. »
(Femme, groupe des 40-49)

Les résultats de l'enquête révèlent que près de la moitié (48 %) des participants ACN à l'étude ont subi des préjudices ou un traitement injuste au cours des 12 derniers mois, dans un quelconque aspect de leur vie. Les données indiquent que la prévalence d'un type quelconque de discrimination au cours des cinq dernières années au Canada était de 15,3 % (Du Mont et coll., 2012).

Les participants comprenaient également comment le traumatisme découlant de l'exposition à la violence, la brutalité policière et les nombreuses formes d'injustice systémique ont eu une incidence directe et continue sur leur santé mentale. Les expériences d'injustice et les traumatismes actuels et passés font en sorte que le sentiment d'être accablé et le désespoir persistent.

« Ce que je trouve le plus difficile à Ottawa et au Canada, c'est le racisme et l'oppression. C'est très dur de voir les gens travailler et faire des efforts constants, et de sentir que le système nous empêche de progresser. C'est vraiment décourageant et ça crée beaucoup de désespoir, qui est un des signes de la dépression. » (Homme, groupe des 50-59 ans)

« Je pense que la raison pour laquelle la plupart d'entre nous sont confrontés à certains types de symptômes de maladies mentales découle du simple fait d'être en mode de survie et de devoir constamment se battre tous les jours juste pour satisfaire les besoins de base. Cette situation entraîne des répercussions vraiment dramatiques sur le bien-être mental des immigrants. » (Homme, groupe des 50-59 ans)

Un troisième facteur de risque associé à la santé mentale était le stress social, plus particulièrement les facteurs de stress liés à l'environnement social immédiat. Ceux-ci comprenaient le milieu de travail, l'école (p. ex. l'intimidation, la pression des pairs), les médias sociaux et le sentiment d'appartenance. Les participants ont ainsi mentionné des facteurs de stress tels que la situation personnelle ou familiale, les microagressions quotidiennes et la discrimination due à des facteurs de stress sociaux, le fait de vivre dans des foyers où les discussions sur la santé mentale sont « taboues » et le manque d'accès facile aux ressources de la communauté.

On a demandé aux participants à l'enquête comment ils évaluaient leur niveau de stress la majeure partie du temps. La plupart (75 %) ont mentionné au moins un certain niveau de stress, environ un quart (23 %) se disant « extrêmement stressés » (3 %) ou « plutôt stressés » (20 %), chaque jour. Ces niveaux de stress étaient cohérents chez ceux qui évaluent leur propre santé mentale comme « excellente/plutôt bonne ». Seuls 18 % des participants ont déclaré qu'ils n'étaient « pas du tout stressés », par rapport à 23 % de l'ensemble des résidents d'Ottawa.

Même si les médias sociaux présentent de nombreux avantages, plusieurs participants ont mentionné leurs répercussions négatives sur la dépression, la colère, l'anxiété et le sentiment d'isolement. Par exemple, les reportages omniprésents sur les médias sociaux concernant les protestations contre la brutalité policière et le racisme envers les Noirs exercent un impact négatif sur la collectivité au fil du temps.

Quatrièmement, les participants ont parlé du manque d'accès aux ressources comme un facteur de risque pour la santé mentale. Le manque d'accès comprend les inégalités en matière de services, en particulier le fait de ne pas avoir un accès égal aux ressources, ainsi que l'accès à une prestation de services empreinte de sensibilité aux réalités culturelles.

« Il ne s'agit pas seulement de l'accès, mais aussi de ce à quoi il ressemble quand vous l'obtenez. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

Les autres facteurs de risque identifiés par les participants comprennent notamment les facteurs communautaires, comme la stigmatisation et la violence liées à la santé mentale, familiaux et individuels, comme les problèmes de santé mentale préexistants, l'utilisation de substances et l'alcoolisme.

Résumé

Des facteurs multiniveaux se chevauchent et protègent les personnes de la communauté ACN contre les risques liés à la santé mentale ou les y exposent. Les facteurs de protection les plus fréquemment cités sont l'emploi et la sécurité du revenu, l'autonomie, un solide soutien social et des liens avec la famille et la collectivité, la représentation — du personnel au sein de postes décisionnels et de direction en milieu de travail et dans les centres de prestation de services qui reflète les aspects démographique et spirituel de la communauté, de même que l'accès à des ressources appropriées en matière de santé mentale.

Si la plupart des participants ont estimé que leur santé mentale était « excellente » ou « bonne », les trois quarts d'entre eux ont indiqué se sentir « plutôt », « un peu » ou « extrêmement » stressés la plupart du temps. Cela peut s'expliquer par les facteurs de risque multiples et croisés cernés par les participants sur les plans

individuel, familial, communautaire et social (p. ex. la violence, l'instabilité financière, les injustices systémiques et le racisme).

3. Accès aux services

L'accès à des services de santé mentale formels et informels est essentiel pour la santé mentale et le bien-être. Cette section explore l'utilisation des services de santé mentale par les personnes ACN d'Ottawa qui ont participé à la recherche et les facteurs (p. ex. la prédisposition, l'habilitation et le besoin) liés à l'utilisation des services.

Des facteurs tels que l'éducation, le revenu et la race influent sur l'accès et le besoin de recourir aux services de santé mentale. Il peut être extrêmement difficile d'accéder aux services lorsque les clients se heurtent à des obstacles systémiques et structurels supplémentaires, comme la langue, la culture, le statut socioéconomique, le racisme et la discrimination. Par conséquent, la communauté ACN d'Ottawa compte souvent sur ses propres ressources pour faire face aux défis en matière de santé mentale.

Facteurs qui facilitent l'accès

Les participants aux entretiens ont été interrogés sur ce qui facilitait l'accès aux services de santé mentale.

Plusieurs participants aux entretiens ont indiqué qu'un emploi sûr était un facteur déterminant pour l'accès aux services de santé mentale. Un emploi valorisant ne contribue pas seulement à une bonne santé mentale, il offre des possibilités à ceux qui ont une mauvaise santé mentale ou une maladie mentale. Par exemple, les participants qui occupaient un emploi à temps plein ont déclaré qu'ils connaissaient mieux les services offerts, avaient accès à des services confidentiels en matière de santé mentale, grâce au régime d'avantages sociaux des employés, et étaient mieux en mesure de défendre leurs intérêts et ceux des membres de leur famille.

D'autres participants aux entretiens ont indiqué qu'ils avaient pu accéder à des services privés de santé mentale couverts par leur assurance. Pour d'autres, les services de santé mentale étaient couverts par un établissement d'enseignement postsecondaire ou par leur abonnement à un centre de conditionnement physique.

« Le fait que le fardeau financier ait été considérablement allégé parce que j'occupe un emploi permanent assorti d'avantages sociaux a été très utile. Je n'ai aucune idée de ce que font les personnes qui n'ont pas le même type de travail lorsqu'elles ont besoin de services de santé mentale ». (Femme, groupe des 40-49 ans)

La possibilité d'accéder à un fournisseur ayant une identité culturelle et raciale similaire est le deuxième plus important facteur mentionné. Les participants ont indiqué qu'il était essentiel d'avoir accès à un fournisseur qui leur ressemble, avec qui ils partagent une identité commune et qui sera en mesure de mieux comprendre leur

expérience, en tant que personne de race noire au Canada. Comme l'a fait remarquer un participant, l'échange entre le fournisseur de services et le client est beaucoup plus fluide lorsque la représentation physique du fournisseur, ses valeurs et ses croyances sont plus proches de celles du client et lui permettent de mieux comprendre ses besoins.

«Si j'étais assis devant une autre personne d'origine africaine ou caribéenne, je pourrais dire des choses et elle saurait si elle doit prendre cela au sérieux ou non, et s'il faut en rire ou non. Cela serait beaucoup plus facile.»
(Homme, du groupe des 20-29 ans)

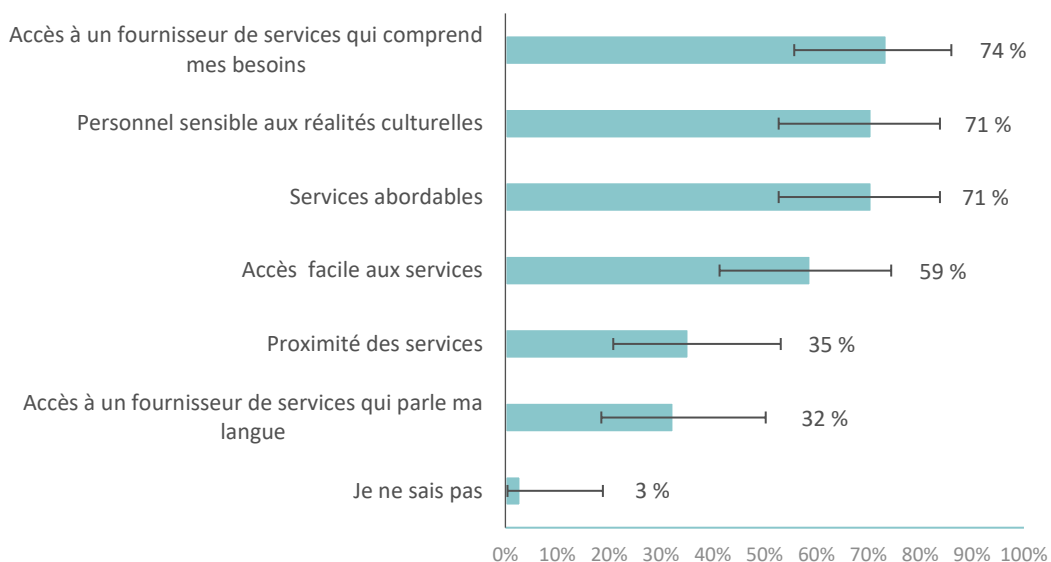
De nombreux participants ont indiqué qu'ils comptaient sur un conseiller religieux ou spirituel pour leur donner des conseils sur le mariage, l'éducation des enfants et les stratégies à adopter pour faire face aux défis quotidiens.

Un tiers (35 %) des participants à l'enquête ont déclaré avoir tenté d'accéder à des services de santé mentale, soit pour eux-mêmes ou au nom d'un proche. Les facteurs qui amélioreraient leur accès les plus fréquemment cités sont l'empathie (74 %), le savoir-faire culturel (71 %) et l'accessibilité financière (71 %). Les participants qui n'ont pas eu accès à des services de santé mentale (75 %) ont indiqué que ces mêmes facteurs amélioreraient leur accès.

Moyens de faciliter l'accès aux services de santé mentale

Qu'est-ce qui faciliterait votre expérience et votre accès aux services de santé mentale? (Mentions multiples)

Répondants ayant tenté d'accéder à un service de santé mentale pour eux-mêmes ou un proche (n=35)



Obstacles à l'accès

De nombreux obstacles à l'accès aux services de santé mentale ont été cernés lors des entretiens et dans le cadre du sondage.

Le revenu/statut social est un déterminant majeur de la santé et de l'accès aux services de santé. Les preuves de l'impact des inégalités en matière de santé sur la santé mentale, en particulier le chômage, sont accablantes. La réalité, pour les groupes de personnes ayant un statut socioéconomique inférieur, est qu'ils ont moins de pouvoir et de contrôle sur les conditions de vie stressantes, notamment en ce qui concerne les ressources financières. Leurs choix sont limités, qu'il s'agisse du quartier dans lequel ils vivent, de leurs conditions d'emploi et de la manière dont ils font face aux difficultés.

Plusieurs participants ont indiqué que le coût représentait un obstacle aux services de santé mentale, comme le counseling. Une participante aux entretiens a déclaré :

«Ce qui est difficile dans ces services, en particulier la thérapie, c'est le coût. J'irais probablement plus souvent si ce n'était pas si cher.» (Femme, groupe des 20 à 29 ans)

La discrimination ne contribue pas seulement à une mauvaise santé psychologique; elle a également été identifiée comme un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé mentale. Le racisme envers les Noirs est répandu dans de nombreux secteurs, y compris celui de la santé, et il se manifeste par le manque de savoir-faire et la représentation culturels.

«Plus de médecins et de conseillers doivent être interpellés pour leurs manifestations de racisme explicites et l'impact horrible qu'ils exercent sur la communauté.» (Femme, groupe des 30-39 ans)

Plusieurs participants ont relaté des expériences au cours desquelles ils ont eu le sentiment que les fournisseurs de services étaient incapables de leur offrir des soins d'une manière éclairée, sûre et efficace et qu'ils étaient mal outillés pour comprendre les besoins de leurs clients. Dans la plupart des cas, les fournisseurs de services ne semblaient pas savoir comment faire preuve de respect dans leurs interactions avec les clients d'origine africaine. De nombreux participants ont décrit leur frustration de devoir expliquer leur expérience en tant que personne ACN à Ottawa avant d'obtenir l'aide dont ils avaient besoin.

«J'avais l'impression de devoir expliquer mon passé et d'où venaient mes idéologies, ça m'a pris trop de temps et trop d'énergie.» (Homme, groupe des 30-39 ans)

«Je ne veux pas qu'ils me voient parce que je ne crois pas que je pourrai obtenir des soins de qualité. Je pense que tous leurs préjugés se manifesteront, dès qu'ils me verront. Je n'ai eu qu'une seule expérience positive, donc je sais qu'ils ne respectent pas mes convictions.» (Femme, groupe des 30-39 ans)

Plusieurs participants ont rappelé leur expérience (ou celle d'un autre membre de la communauté) où un manque de compréhension a donné lieu à une situation grave au point où la Société d'aide à l'enfance (SAE) ou la police ont dû intervenir. Dans un cas, la SAE a été appelée auprès d'une cliente qui avait emmené sa fille chez un conseiller. La jeune fille portait un hijab et jeûnait pendant le mois du ramadan. Le fournisseur de services a estimé que la mère était négligente en autorisant sa fille à jeûner et il a également exprimé son inquiétude quant au fait que la jeune fille était obligée de se couvrir. D'autres personnes sont intervenues pour tenter de désamorcer la situation et expliquer la signification du hijab et du ramadan, mais la SAE avait déjà été appelée. Cet événement a poussé la famille à s'isoler davantage et à ne pas tenter d'accéder de nouveau aux services de santé mentale. Peu de temps après, des rapports sur l'incident sont parvenus aux voisins et à d'autres membres de la communauté, ce qui a entraîné une plus grande méfiance à l'égard du système et des fournisseurs de services.

«J'avais juste besoin d'un numéro de téléphone et la situation a dégénéré au point de m'admettre.» (Femme, groupe des 30-39 ans)

«Je me suis rendue à la clinique sans rendez-vous parce que je ne connaissais que cet endroit pour accéder à des services de santé mentale. J'éprouvais vraiment de la difficulté. Le médecin, sans même explorer davantage, a essayé de me faire admettre. C'était comme une escalade complète. Il n'y a pas eu d'évaluation des besoins ou quoi que ce soit de ce genre. On a procédé, même si je n'avais aucune intention de me blesser ou de faire du mal aux autres.» (Femme, groupe des 30-39)

Certains participants à l'étude se sont souvenus de fournisseurs de services qui avaient tendance à structurer leur enquête autour de la consommation de substances ou les expériences de violence vécues par le client plutôt que sur le problème « réel ». Un participant a décrit son expérience en précisant que la prestataire de services «était de glace et qu'elle m'a posé des questions comme : 'avez-vous pris de la drogue?'».

D'autres répondants ont rapporté des histoires de surdiagnostic, de surmédication et de processus d'escalade qui ont donné lieu à de la méfiance. Ils ont indiqué avoir l'impression que les fournisseurs de soins doutaient de la légitimité de leur problème de santé mentale; ils se sentaient donc obligés de prouver qu'ils avaient besoin d'obtenir du counseling.

Dans de nombreux cas, les participants qui ont bénéficié d'un accès aux services ont eu le sentiment de recevoir une aide de qualité inférieure. Par conséquent, ils n'ont pas cherché à obtenir de l'aide ou des conseils supplémentaires à la suite de ces rencontres. Pour les participants, le fait de devoir éduquer les personnes qui fournissent des services de santé mentale n'a pas permis d'insuffler beaucoup de confiance dans la relation avec le fournisseur de services. Un participant a expliqué qu'il «ne croyait pas qu'un seul fournisseur de services se souciait de lui» puisqu'ils avaient du mal à comprendre et à reconnaître les différentes expériences de la communauté ACN et à sympathiser avec elle. Un autre a raconté qu'il avait déjà eu affaire à un fournisseur de

soins de santé qui insistait en disant : «vous n'êtes pas déprimé, vous n'avez pas l'air déprimé». Comme l'a fait remarquer cette personne : «Cela m'a blessé, parce que ses propos invalidaient mon expérience.»

De nombreux participants ont mentionné que, lorsqu'ils accédaient à des services de santé mentale, ils cherchaient un thérapeute qui leur ressemblait et partageait des «valeurs communes». Un participant a fait savoir qu'il était «très conscient de vouloir une personne de couleur, une personne qui comprend mes repères culturels.»

Ce point de vue a été repris par la plupart des participants qui estimaient qu'il existe un «important manque de représentation» et que «de manière générale, peu de personnes de race noire travaillent dans le secteur des soins [de santé].»

«Ils comprennent que le sexe du prestataire de services peut avoir une incidence sur le degré d'aise de certaines personnes, mais ils écartent complètement la notion selon laquelle les gens de couleur pourraient aussi souhaiter avoir accès à des services de santé mentale offerts par une personne qui partage leur expérience de vie et leur cheminement dans la société.» (Homme, groupe des 20-29 ans)

La question des longs délais d'attente est apparue comme un autre obstacle à l'accès aux services. Il existe souvent de longues listes d'attente pour obtenir des services gratuits ou les services de fournisseurs ayant des antécédents culturels et raciaux similaires. Lorsque l'accès aux services communautaires de santé mentale prend neuf mois ou plus, les clients peuvent se tourner vers les services d'urgence. Les participants ont également fait remarquer qu'en raison des longs délais d'attente, les gens deviennent plus malades et que leur état peut se détériorer jusqu'à devenir extrêmement instable. Ils peuvent alors se blesser ou blesser quelqu'un d'autre. «Plus vous attendez pour y remédier, plus la situation s'aggrave. Pour certaines personnes, cela peut même se terminer par la mort.» C'est à la suite d'incidents tragiques que de nombreux jeunes hommes d'origine africaine entrent dans le système judiciaire, et c'est ce qui devient leur première expérience d'accès aux services de santé mentale.

«Je n'avais pas la capacité de faire face à ma réalité et de la gérer. Ne pas y accorder d'importance a été ma première réaction. Ce n'était pas une situation qui mettait ma vie en danger. Cette personne dramatisait de manière exagérée.» (Femme, groupe des 20-29 ans)

Dans certains cas, l'emplacement et l'organisation de la clinique constituent un obstacle à l'accès aux soins. Une participante a mentionné qu'elle avait été heureuse de pouvoir accéder aux services d'un centre qui tentait délibérément d'embaucher du personnel de première ligne provenant de différentes communautés. Elle pensait que ce centre était le reflet de la société et elle avait toujours eu l'impression d'y être la bienvenue. L'emplacement des centres sensibles aux différentes réalités culturelles est souvent trop éloigné et les clients doivent renoncer à l'école ou au travail pour y avoir accès; rien d'adéquat n'a été prévu au sein même de leur communauté.

Certains participants ont mentionné leur manque de connaissance des services disponibles comme étant un obstacle à l'accès aux services de santé mentale. Si de nombreux participants ont bénéficié d'un accès aux soins par le biais de l'emploi, les services offerts font souvent l'objet d'une promotion déficiente. Beaucoup ont indiqué que d'autres personnes dans des situations similaires n'avaient eu accès aux services que lorsqu'elles sont devenues très malades ou après avoir consommé des substances pour faire face à la situation. En outre, la stigmatisation joue toujours un rôle dans la décision de ne pas chercher de l'aide à un stade précoce.

«C'est toujours physique, c'est pour cela que les gens demandent de l'aide... quand la maladie se manifeste physiquement. Le problème, c'est que lorsqu'ils se font soigner, ils ne croient pas que c'est quelque chose qui va les aider... ils ne croient pas que les spécialistes vont les aider.» (Femme, groupe des 40-49 ans)

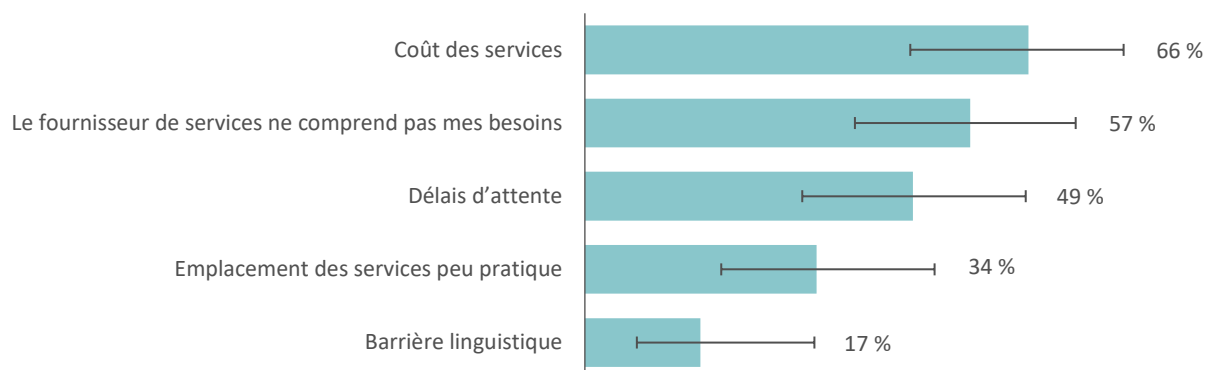
Les données disponibles démontrent que le fait de ne pas pouvoir parler l'une des deux langues officielles complique énormément les choses, en particulier pour les nouveaux Canadiens et leur famille. Le manque de compétences linguistiques a empêché certains participants d'interagir avec les fournisseurs de soins de santé d'une manière sûre et significative. Les symptômes et les difficultés d'un client peuvent être mal compris et entraîner une surmédication. Dans les cas où on a recours à des interprètes, ceux-ci peuvent ne pas détenir la formation nécessaire pour interpréter et transmettre adéquatement les messages.

Des obstacles similaires ont été mentionnés dans l'enquête. Parmi ceux qui ont tenté d'accéder à des soins de santé mentale, les deux tiers (66 %) ont trouvé que le coût des services représentait un défi. Beaucoup ont également déclaré que le fournisseur de services ne comprenait pas leurs besoins (57 %) et que les délais d'attente posaient problème (49 %), entre autres choses.

Aspects les plus difficiles de l'accès aux services de soins de santé mentale

Quels ont été les aspects les plus difficiles de votre tentative d'accéder à des services de soins de santé mentale?

Répondants ayant tenté d'accéder à un service de santé mentale pour eux-mêmes ou pour un proche (n=35)

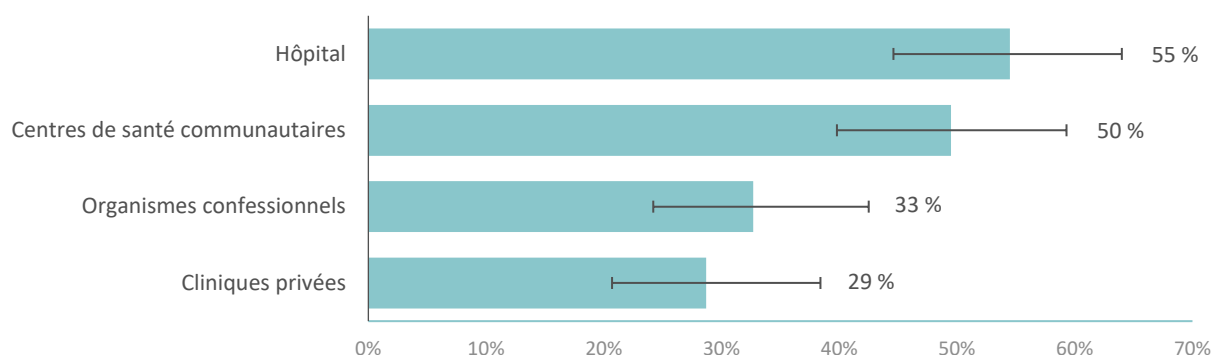


On a également demandé aux participants où ils pouvaient accéder à des services de santé mentale, si eux-mêmes — ou une personne qu'ils connaissent — en avaient besoin. La plupart ont déclaré qu'ils iraient dans un hôpital (55 %) ou dans un centre de santé communautaire (50 %).

Lieu où les participants peuvent accéder à des services de santé mentale

Si vous — ou quelqu'un que vous connaissez — aviez besoin de services de santé mentale, où y auriez-vous accès? (Mentions multiples)

Question posée à tous les répondants (n=101)



Résumé

On a identifié les principaux facteurs qui facilitent ou entravent l'accès aux soins de santé mentale et entraînent des répercussions sur la prestation de ces services aux membres de la communauté ACN d'Ottawa participant à l'étude.

Les conclusions suggèrent que davantage de ressources sont nécessaires pour aider financièrement les gens à accéder aux services et s'assurer que ceux-ci ne sont pas hors de leur portée. Au-delà de ces types d'interventions directes, l'élaboration de politiques visant à réduire les effets négatifs des déterminants sociaux de la santé est également de toute première importance. Offrir aux gens des possibilités d'emploi, de logement et d'éducation et supprimer les obstacles qui contribuent encore plus à l'exclusion sociale est essentiel au maintien d'une bonne santé mentale.

Bénéficier de services de santé mentale adaptés à la culture de la population ACN d'Ottawa signifie avoir accès à des fournisseurs ayant une identité et une expérience communes. Le manque de fournisseurs de soins de santé mentale partageant une identité similaire est un thème récurrent mentionné par les participants à l'étude. Ceux qui ont eu accès à ce type de services pour eux-mêmes ou pour des membres de leur famille ont en grande majorité décrit des expériences négatives liées au manque de sensibilisation de leur fournisseur. Il est évident que la communauté a besoin de prestataires de services qui connaissent et comprennent les expériences des clients de race noire. À tout le moins, il est essentiel qu'ils aient une connaissance des pratiques antioppressives et comprennent l'expérience d'être Noir au Canada. En particulier, il a souvent été entendu que les clients peuvent préférer recevoir des services de santé d'une personne d'un certain sexe, mais que la même

considération n'est pas accordée en ce qui concerne la race. Il est recommandé d'avoir un praticien qui comprend bien l'expérience des Noirs et en quoi consistent la justice sociale et l'antioppression.

Un prestataire de soins de santé ayant une connaissance limitée de la population ACN peut être dangereux et faire un tort immense. Il peut en effet empêcher et décourager les gens de demander de l'aide à nouveau, et ce, de façon permanente.

Il existe un biais connu dans le diagnostic erroné des personnes noires souffrant de dépression majeure et de schizophrénie et les cliniciens ont tendance à surestimer la pertinence des symptômes psychotiques chez les personnes de race noire par rapport aux autres groupes raciaux ou ethniques (Gara et coll., 2019).

Les conclusions suggèrent que la nécessité d'une mise à disposition rapide des services en cas de besoin est également essentielle. Des facteurs comme le racisme et la discrimination, la stigmatisation, l'instabilité financière, les longs délais d'attente, le manque de confiance dans les fournisseurs de soins et l'absence de coordination entre ceux-ci sont décrits comme des obstacles à l'accès aux soins, créant une lacune dans un système qui ne répond donc pas aux besoins de la collectivité en matière de santé mentale.

Près des trois quarts des participants ont déclaré que l'accès serait facilité par une prestation de soins assurée par des fournisseurs qui leur ressemblent et qui comprennent leurs besoins. Cette constatation souligne la nécessité évidente de disposer d'une main-d'œuvre plus diversifiée et plus inclusive qui reflète et représente mieux les communautés racialisées, en l'occurrence, des travailleurs en santé mentale de la population ACN. D'autres travaux sont également nécessaires pour éliminer les obstacles systémiques, notamment le coût, la coordination des soins, la stigmatisation et la sensibilisation à la santé mentale au sein de la communauté ACN.

4. Interaction avec les fournisseurs de soins de santé mentale

L'interaction client-fournisseur représente un facteur clé dans la prestation des soins de santé mentale; celle-ci est considérée comme la première étape vers la satisfaction à l'égard des soins et la guérison (Myklebust et coll., 2019). Les interactions négatives ouvrent la voie à une défaillance dans l'évaluation qui pourrait avoir des effets délétères sur le client. Il était donc important que cette étude tire des enseignements des interactions des participants avec leurs fournisseurs de soins de santé afin d'éclairer l'élaboration de politiques et de pratiques culturellement cohérentes.

Satisfaction à l'égard des services de santé mentale

Les conclusions de l'enquête suggèrent que les participants ayant eu recours aux services de santé mentale étaient généralement moins que satisfaits de la qualité du service reçu. Un peu plus d'un participant sur dix (16 %) a indiqué que le service avait été « excellent » ou « très bon », tandis qu'un autre quart (25 %) l'a qualifié de « bon ». La majorité des répondants a eu tendance à qualifier le service reçu de « moyen » (34 %) ou de « médiocre/très médiocre » (22 %).

On a également demandé à ces mêmes participants s'ils avaient été bien traités par les fournisseurs de soins de santé et les autres membres du personnel. La plupart ont répondu oui (85 %) à cette question, bien qu'un peu plus d'un tiers (35 %) ait répondu par une forte affirmation (« oui, certainement »), tandis que la majorité (50 %) a répondu un peu moins positivement (« oui, dans une certaine mesure »). Très peu (3 %) ont déclaré ne pas avoir été bien traités.

La mesure dans laquelle les fournisseurs étaient perçus comme étant « centrés sur le client » s'est avérée être une question clé pour les participants à l'étude qui avaient déjà eu recours à des services de santé mentale. La coordination des soins est un aspect essentiel d'un service centré sur le client. Lorsqu'on a demandé aux participants à l'étude si leurs fournisseurs de soins médicaux et de santé mentale coordonnaient leurs soins, seul environ un tiers a répondu par l'affirmative.

Les résultats du sondage et des entretiens ont mis davantage en lumière plusieurs préoccupations soulevées par les participants.

Évaluation des compétences et des attitudes des fournisseurs

Fournir des explications et des instructions aux clients

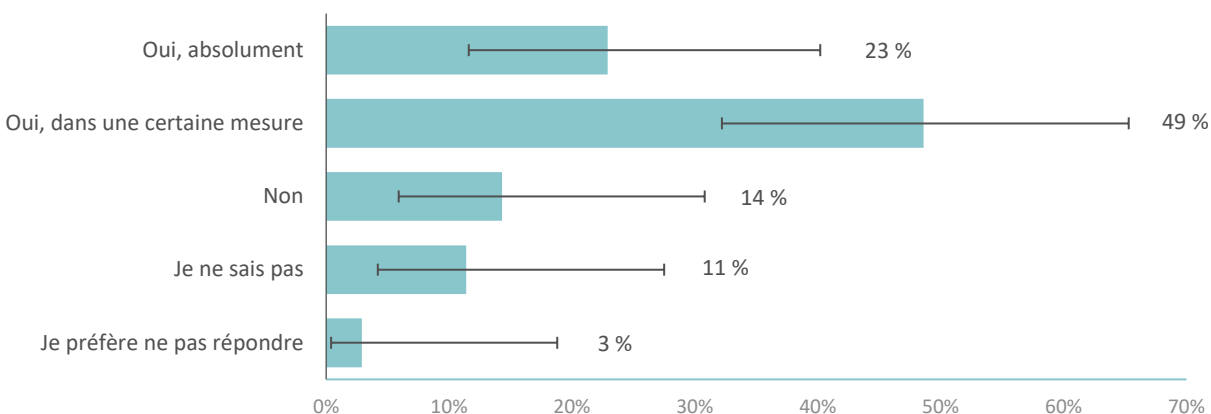
On a demandé aux participants à l'enquête si leur état et leur traitement leur avaient été expliqués de manière compréhensible. Seulement un sur cinq (21 %) a affirmé « oui, absolument », tandis qu'un peu plus de la moitié (53 %) a répondu « oui, dans une certaine mesure » et environ un sur dix (8 %) a indiqué que ce n'était pas le cas.

Les résultats sont similaires lorsque l'on demande aux participants à l'enquête si leurs fournisseurs leur ont dit ce qu'ils pouvaient faire pour améliorer leur santé mentale ou s'ils leur ont donné des instructions pour le suivi des soins : 23 % ont affirmé « oui, absolument »; 49 % ont répondu « oui, dans une certaine mesure » et 14 % ont indiqué que ce n'était pas le cas.

Conseils pour améliorer la santé mentale/les instructions relatives au suivi

Vos fournisseurs vous disent-ils ce que vous pourriez faire pour améliorer votre santé mentale? Recevez-vous des instructions en ce qui a trait aux soins de suivi?

Répondants ayant tenté d'accéder à des services de santé mentale pour eux-mêmes ou pour un proche (n=35)



Ce thème a également été exploré dans les entretiens avec les participants. Environ la moitié d'entre eux ont en effet révélé qu'ils — ou quelqu'un qu'ils connaissaient — avaient reçu des explications sur leur état de santé mentale d'une manière qu'ils pouvaient comprendre, et c'était particulièrement le cas lorsque les explications étaient données en termes simples et clairs.

Lorsqu'on leur a demandé si leurs fournisseurs de services et leur personnel étaient disposés à écouter attentivement et à répondre à leurs questions, environ la moitié des participants a répondu par l'affirmative.

« C'était exactement de cette façon que je pouvais comprendre. Ils ont eu recours à un anglais de 8^e année, bien adapté pour une personne moyenne. Il s'agissait donc d'un effort louable. »
(Femme, groupe des 40-49 ans)

« J'ai eu la chance de me trouver dans un lieu où mon fournisseur de soins de santé primaires s'occupe également d'une très importante population d'immigrants d'Afrique et du Moyen-Orient. J'ai tendance à me dire que, si j'entends 15 langues différentes dans un milieu de travail ici, au Canada, je dois avoir affaire à un groupe de personnes compréhensives et ouvertes sur le monde. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

Ce n'était toutefois pas le cas pour environ un tiers des participants. Lors de l'analyse, nous avons constaté que pour certains, aucune explication ne leur avait été fournie d'une manière compréhensible.

Certains participants aux entretiens ont identifié une nette coupure dans le partage des informations entre les fournisseurs de services et leurs clients. Ils ont par exemple indiqué que les fournisseurs ne partageaient pas suffisamment de détails sur leur état, qu'ils recevaient des explications vagues qu'ils ne pouvaient pas

comprendre et n'avaient pas accès aux ressources nécessaires pour améliorer leurs connaissances en matière de santé mentale.

« Pour moi, des moyens plus accessibles d'obtenir des renseignements s'avèreraient d'une plus grande utilité. » (Homme, groupe des 50-59 ans)

« On doit fournir les explications dans le cadre d'un dialogue et d'une conversation plutôt qu'avec autorité dans le cadre d'une prescription. » (Femme, groupe des 40-49 ans)

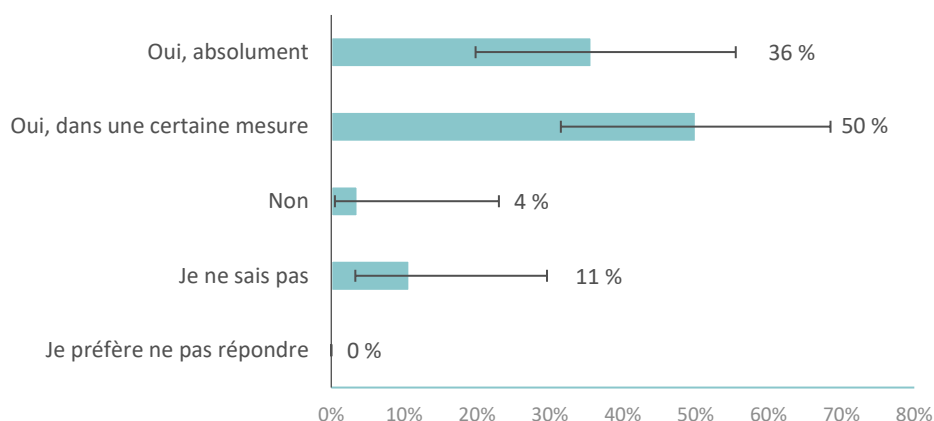
Traiter les clients avec respect

Dans l'ensemble, la plupart des participants à l'enquête qui ont tenté d'accéder à des services de santé mentale estimaient que les fournisseurs de services respectaient « absolument » (36 %) ou « dans une certaine mesure » (50 %) leurs convictions en matière de santé mentale. Cette proportion était beaucoup plus élevée que celle des participants à l'enquête qui n'ont pas essayé d'accéder à des services de santé mentale.

Respect des convictions par les fournisseurs de services

Les fournisseurs de services respectent-ils vos convictions en ce qui concerne votre santé mentale?

Répondants ayant tenté d'accéder à un service de santé mentale pour eux-mêmes ou un proche (n=35)



Les participants aux entretiens n'ont pas fait état de conclusions aussi favorables concernant le respect de leurs convictions par leurs fournisseurs de soins de santé mentale. Plusieurs d'entre eux ont en effet indiqué qu'ils les avaient trouvés méprisants, irrespectueux et sans empathie. Dans certains cas, les clients se sont sentis bousculés lors de la consultation et les fournisseurs ont été trop prompts à prescrire des médicaments.

« Le psychiatre nous parlait de façon si horrible et méprisante. Il aurait été utile qu'il fasse preuve d'un peu plus de gentillesse, de patience et qu'on puisse obtenir les services d'interprètes sur place, car c'était très difficile

pour moi d'être émotionnellement détachée de cette situation et de traduire pour le membre de ma famille. Je n'avais pas non plus toute la terminologie médicale pour lui offrir efficacement des explications.» (Femme, groupe des 30-39 ans)

«Et je constate que, la plupart du temps, ils font entrer et sortir les gens en toute hâte — ils se contentent de prescrire des médicaments et de vous faire sortir parce qu'ils doivent recevoir le prochain client.» (Femme, groupe des 30-39 ans)

Démontrer un savoir-faire culturel

Le savoir-faire culturel est un thème commun qui est apparu lorsque les participants ont été interrogés sur ce qui pourrait être utile pour améliorer l'intégration et la prestation de services centrés sur le client chez les fournisseurs de soins de santé mentale. Certains participants ont exprimé le désir ou — de manière plus urgente — un réel besoin de pouvoir compter sur des fournisseurs de services sensibles aux différences culturelles, ce qui signifie, par exemple, avoir une équipe composée de membres provenant de divers horizons, compenser l'inexpérience des fournisseurs de services en organisant régulièrement des formations sur le savoir-faire culturel et embaucher davantage de fournisseurs de services qui leur ressemblent.

«Je me suis entretenu avec certains fournisseurs de services. Ils n'avaient aucune idée de ce dont je parlais. Cela m'a littéralement découragé et ils ont perdu ma confiance. Je ne veux pas mettre en doute leur crédibilité en tant que professionnels, mais je pense que cela joue un rôle.» (Homme, groupe des 20-29 ans)

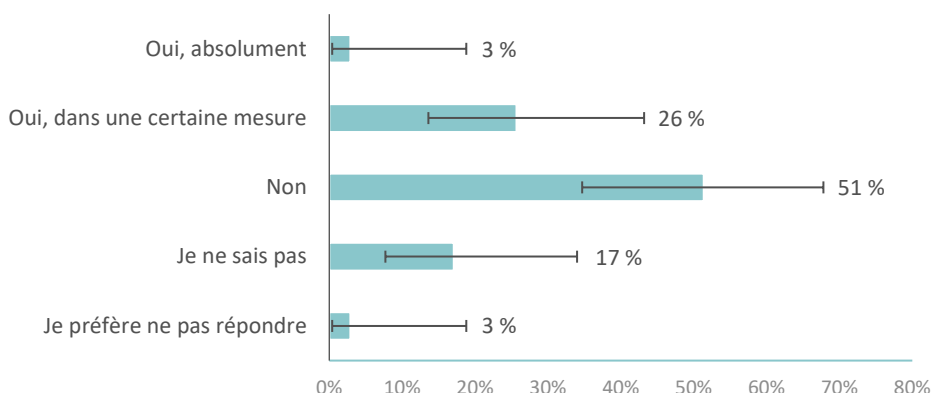
Lutter contre le racisme, la discrimination et les préjugés au sein du système

On a demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient l'impression d'avoir été visés par des préjugés ou une attitude négative lorsqu'ils ont tenté d'interagir ou interagi avec leur fournisseur de services. Un peu plus de la moitié (51 %) a estimé que ce n'était pas le cas, toutefois, 26 % ont déclaré « dans une certaine mesure » et 3 %, « oui, absolument ».

Impression d'avoir été visé(e) par des préjugés ou une attitude négative

Avez-vous l'impression d'être visé(e) par des préjugés ou une attitude négative lorsque vous interagissez avec votre fournisseur de services?

Répondants ayant tenté d'accéder à des services de santé mentale pour eux-mêmes ou un proche (n=35)



Les participants à l'enquête qui ont indiqué avoir l'impression d'être visés par des préjugés ou une attitude négative par leur fournisseur de services ont été invités à préciser pourquoi. Les principaux motifs fournis étaient le sentiment d'avoir fait l'objet d'un rejet (63 %), les commentaires formulés par leur fournisseur (44 %), le sentiment de ne pas être les bienvenus (38 %), ou le fait que certaines hypothèses ont été émises à leur égard (38 %).

Sentiment d'avoir été visé(e) par des préjugés ou des attitudes négatives

Dans l'enquête, si environ un tiers des participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas été maltraités ou traités injustement par les fournisseurs de services, environ la moitié a déclaré avoir subi, dans une certaine mesure, des préjugés ou une attitude négative.

Le racisme et la discrimination, notamment l'islamophobie, l'homophobie, les préjugés intériorisés et le racisme contre les Noirs, ont été identifiés par les participants aux entretiens comme ayant un impact majeur sur leurs interactions avec les fournisseurs de soins. Certains participants ont déclaré qu'ils se sentaient jugés avant même de débiter la consultation et qu'ils partaient généralement avec une perception négative.

« Je pense qu'ils ne m'ont pas offert l'occasion d'expliquer vraiment ce que je ressentais et m'ont tout de suite mise à l'écart, ce qui m'a retiré toute envie de tendre la main. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

« En tant que femme, mais aussi en tant que Noire et musulmane, vous savez que ce sera une expérience complexe. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

« Je pense que les agences doivent vraiment appliquer des politiques antioppressives et antiracistes et ne pas punir les gens qui parlent de racisme au sein de leur organisation; on doit faciliter les procédures de plainte et leur accorder plus de transparence. »
(Homme, groupe des 30-39 ans)

« Je pense qu'il est parfois dit très explicitement que c'est en raison de ma religion, de ma culture ou de mes origines que je me sens ainsi, ou que ma religion, ma culture, ma communauté et mes origines ne sont pas considérées comme pouvant favoriser la guérison. Plusieurs conseillers que j'ai eus avaient cet idéal occidental eurocentrique. D'après eux, si je change et que je quitte ma culture et ma religion, si j'arrête de croire à ces idées de racisme et que je commence à m'aligner sur les valeurs féministes blanches et certaines valeurs eurocentriques, alors je serai heureuse et je guérirai. » (Femme, groupe des 30-39 ans)

Les participants ont également souligné la nécessité de disposer de personnel culturellement diversifié afin de créer une équipe détenant un savoir-faire culturel.

« Je crois que nous devons commencer à embaucher plus de personnes de race noire au sein des conseils d'administration et dans les postes de direction et pas seulement en première ligne. D'après mon expérience en tant que travailleuse sociale, je comprends comment le fait de pouvoir compter sur des personnes qui vous ressemblent peut vraiment changer l'expérience liée à l'accès au service. Dans un tel contexte, certains concepts n'ont pas à être expliqués, ils les comprennent déjà, parce qu'ils sont aussi passés par là. »
(Femme, groupe des 40-49 ans)

Les participants ont estimé que de nombreuses hypothèses et préjugés de longue date concernant la communauté ACN ont mené à des traitements inadéquats ou, pire, à de mauvais traitements.

« Je n'arrive pas à me faire comprendre, en raison de mon accent. » (Homme, groupe des 30-39 ans)

« J'ai perçu une attitude négative à mon égard, fondée sur mon orientation sexuelle et sur ma race. J'ai le sentiment que ces préjugés existent et que l'omniprésence consciente et inconsciente de l'homophobie et du racisme contre les Noirs teinte mon expérience. » (Homme, groupe des 20-29 ans)

« Je suis victime de mauvais traitement ou d'un traitement injuste parce que les médecins sont souvent incapables de comprendre les facteurs de risque associés au fait d'être Noir ou allosexuel. J'ai souvent dû défendre mes intérêts et arriver avec une très bonne connaissance des risques auxquels je suis exposé en matière de santé et je trouve cela injuste. Les Blancs hétérosexuels n'ont pas à se présenter en sachant cent une choses sur eux-mêmes. » (Allosexuel, groupe des 20-29 ans)

Résumé

Les recherches suggèrent que les interactions négatives avec un fournisseur de services de santé produisent des effets indésirables, comme un niveau de stress accru chez les clients, ce qui finit par affecter leur expérience des soins de santé mentale (Taylor et coll., 2015).

Si de nombreux participants à la recherche étaient satisfaits des soins reçus des fournisseurs de soins de santé mentale, les conclusions suggèrent qu'en proportion importante, les participants n'ont pas connu d'interactions positives, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas eu le sentiment d'être traités avec respect, ont perçu des préjugés ou des attitudes négatives de la part des fournisseurs à leur égard, etc. De nombreux participants ont indiqué que leurs fournisseurs de services manquaient de compassion et qu'ils étaient méprisants, inattentifs et incapables d'aborder les problèmes spécifiques de leurs clients. Le manque de savoir-faire culturel a donné lieu à des situations au cours desquelles les clients se sont sentis incompris, mal jugés et victimes de diagnostics erronés. On a identifié des obstacles systémiques qui ont contribué à un manque de fournisseurs de soins de santé sensibles aux réalités culturelles qui connaissaient l'histoire des Noirs. Ces résultats confirment les suggestions des participants relativement à la nécessité de compter un plus grand nombre de psychiatres et de travailleurs issus de la communauté ACN dans le secteur de la santé mentale.

ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Analyse

Cette étude a porté sur la santé mentale au sein de la communauté noire d'Ottawa, en fonction de quatre thèmes principaux : les perceptions à l'égard de la santé mentale, les facteurs de risque et de protection, l'accès aux services de santé mentale et les interactions entre les clients et les fournisseurs.

Les perceptions et la compréhension de la santé mentale par les répondants, ainsi que les éléments qui influencent la santé mentale donnent un aperçu des facteurs de risque et de protection devant être pris en compte pour favoriser un meilleur accès de la communauté aux services de santé mentale et améliorer l'expérience des clients dans le système de santé mentale.

Les stratégies mentionnées par les participants comprennent notamment :

- une offre de services gratuits aux familles à faible revenu et la réduction/l'élimination des longues listes d'attente;
- davantage de praticiens détenant les attributs et les compétences suivants :
 - une compréhension approfondie des pratiques antioppressives;
 - une sensibilisation à l'expérience des Canadiens de race noire et une valorisation de celle-ci;
 - une solide compréhension de la justice sociale;
 - surtout, des praticien avec antécédents ACN.

Lorsqu'on leur a demandé ce qui pourrait améliorer l'expérience de la communauté ACN d'Ottawa et l'accès aux services de santé mentale, les participants ont le plus fréquemment mentionné l'offre de services conçus spécifiquement pour leur communauté. Plus précisément, les gens veulent pouvoir compter sur des fournisseurs de services de santé mentale qui reflètent la diversité de leur communauté. Il convient de souligner que les gens pensent qu'une meilleure représentation au sein des fournisseurs de services de santé mentale faciliterait une culture commune et une compréhension accrue de ce que vit leur groupe. Ils ont exprimé leur soutien à une offre de services spécifiques destinés à la communauté ACN.

L'amélioration de l'accès aux soins représente un autre thème majeur qui a été dégagé. À cet égard, on a signalé comme un obstacle majeur le fait de disposer des moyens financiers nécessaires pour retenir les services appropriés. De plus, ceux qui ont accès aux services sont soumis à de longues listes d'attente. Les gens veulent également savoir s'ils pourront accéder à des services de santé mentale de qualité lorsqu'ils y auront éventuellement accès. Un service de qualité est intégralement lié au sentiment d'aise conféré par un fournisseur détenant un savoir-faire culturel.

En outre, la majorité des répondants connaissent peu les services de santé mentale disponibles. Il est donc nécessaire d'obtenir davantage de renseignements sur les endroits où l'on peut obtenir de l'aide, en quoi

consistent la santé mentale de manière générale et son impact dans la collectivité. Les participants ont également mentionné que des services conçus spécifiquement pour leur communauté devraient bénéficier d'un financement stable et qu'on devrait consacrer davantage d'efforts dans la lutte contre le racisme dans le système de soins de santé mentale afin de faire progresser le bien-être et la santé mentale de la population ACN. Les participants ont souligné la nécessité de se concentrer sur le soutien aux familles et la coordination avec les médecins de famille pour aiguiller les membres de la collectivité vers les services appropriés.

Un traitement injuste, les préjugés et le racisme ont dominé, dans les réponses des participants en ce qui concerne les facteurs de risque, l'accès aux services et les interactions avec les fournisseurs de soins de santé. Le racisme et la discrimination sont préjudiciables à la santé psychologique et sont directement associés à de mauvais résultats en cette matière. De plus, ils constituent des obstacles majeurs à l'accès aux services de santé mentale. Pour de nombreux répondants, la discrimination fondée sur la race constitue une expérience courante.

«Je pense que si on leur donnait la possibilité de parler de leurs expériences et d'obtenir de l'aide, s'ils pouvaient le faire tout en étant à l'aise avec des gens qui parlent leur langue, qui leur ressemblent et qui comprennent ce qu'ils vivent, cela serait vraiment transformateur.» (Homme, groupe des 30-39 ans)

Recommandations

Cette étude de recherche à méthodologie mixte a été conçue pour contribuer à une meilleure compréhension des facteurs de risque et de protection qui ont une incidence sur la santé mentale de la communauté ACN d'Ottawa. L'étude a examiné les facteurs qui facilitent l'accès et ceux qui créent des barrières ou des obstacles à l'accès, ainsi que la perception des répondants en matière de santé et de maladie mentales.

Ceux qui ont participé à l'étude étaient pleinement engagés dans les quatre domaines de recherche. Leurs commentaires, fondés sur leurs perceptions et leurs expériences, ont permis d'élaborer des stratégies qui aideront à surmonter ces difficultés.

À partir des conclusions de la présente étude, on propose les recommandations qui suivent comme moyens d'informer la communauté d'Ottawa, les décideurs politiques, le secteur de l'éducation, le secteur de l'habitation, le système judiciaire, les centres de santé communautaires, les organismes de santé, les services sociaux et les intervenants communautaires.

En outre, quatre consultations distinctes ont été organisées avec les dirigeants de la communauté ACN en mai 2020 afin de valider et d'éclairer les recommandations fondées sur les résultats provisoires et sur les expériences des communautés. Les recommandations sont harmonisées sur les stratégies et les pratiques

exemplaires visant à améliorer les expériences de la population ACN. Parmi les stratégies conçues pour consolider le système de santé mentale, citons notamment :

- réduire les obstacles à l'accès en matière d'information (p. ex. stratégies de prévention et de promotion comprenant des documents en plusieurs langues et en plusieurs endroits auxquels la communauté ACN a accès), s'attaquer aux obstacles financiers, géographiques (en favorisant la création de davantage de centres de santé communautaires), ainsi qu'aux listes d'attente;
- réduire les obstacles systémiques à l'accès, p. ex. en embauchant une main-d'œuvre plus représentative, en organisant des formations pour contrer l'oppression des Noirs et le racisme à leur égard. Consulter l'annexe 5 pour obtenir une liste de ces formations;
- améliorer le savoir-faire culturel, p. ex. au moyen d'une formation visant à améliorer les interactions entre les fournisseurs et les clients. « La formation en matière de compétence culturelle devrait devenir une composante normale de la formation de tous les professionnels de la santé. Elle devrait être garantie par les normes d'accréditation des programmes et des établissements de formation et par les professions exigeant une autorisation d'exercer. », CSMC, 2010;
- mettre en œuvre des politiques antidiscriminatoires et antiracistes dans les milieux de travail et les centres communautaires;
- accroître la collaboration entre les organismes communautaires. Par exemple, entre les organisations d'aide à l'établissement, les organismes religieux et ethniques, le secteur de la santé mentale et d'autres domaines de la santé.

À l'aide des quatre piliers clés adaptés de la stratégie de la Commission de la santé mentale du Canada, *Pour faire progresser la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Cadre d'action (CSMC, 2016)*, on a organisé les recommandations de manière à les harmoniser avec les quatre composantes des résultats de la recherche. Voici un résumé des recommandations de la recherche.

1. Les structures de **leadership et de financement** jouent un rôle important pour faciliter l'accès à des soins de qualité en ciblant les investissements visant à assurer des services en temps utile et culturellement adaptés et en favorisant la collaboration entre les secteurs afin de supprimer les obstacles sociaux et environnementaux. De plus, une représentation équitable dans les postes de direction s'avère nécessaire pour prendre des décisions de financement qui permettront d'améliorer l'accès à des services de santé mentale de qualité pour la communauté ACN.

- **Représentation équitable dans des postes de direction :**
Améliorer la représentation des personnes d'origine africaine au sein des effectifs en mettant en œuvre des politiques axées sur le recrutement de conseillers, d'enseignants, d'agents de la paix et de fournisseurs de soins de santé d'origine africaine qui comprennent les besoins uniques en matière de santé mentale des étudiants, des clients et de la communauté ACN.
- **Investissement et financement :**
 - investir et augmenter les fonds en vue de la création de services culturellement adaptés aux populations ACN;

- prévoir des fonds pour la formation obligatoire destinée aux fournisseurs de services, aux équipes de direction au sein des différents secteurs qui desservent la population ACN, afin de leur permettre d'acquérir des compétences en matière de lutte contre le racisme;
- accroître et maintenir le financement pour améliorer les politiques sociales visant à offrir des logements décents et abordables, à mettre en œuvre des mesures de soutien au revenu et de lutte contre la pauvreté, à favoriser l'emploi et à assurer l'établissement de quartiers sûrs qui contribueront positivement au bien-être des membres de la communauté ACN.

2. Promotion et prévention : La promotion de la sensibilisation à la santé mentale et la prévention des facteurs qui contribuent à une santé mentale négative et à une diminution du bien-être de la communauté ACN nécessitent une approche de collaboration avec les intervenants de divers secteurs, y compris ceux de la santé publique.

- **Promotion et éducation en matière de santé mentale :** mettre en œuvre des programmes qui favorisent une santé mentale positive, renforcent la résilience et la confiance, diminuent les comportements à risque et assurent une meilleure visibilité des services d'aide et de soutien dans les écoles, les centres confessionnels et les centres communautaires.
- **Renforcement des capacités :** accroître la capacité de la communauté ACN à participer à des activités de transfert et d'échange de connaissances avec les organismes de santé afin d'améliorer les expériences de la communauté en matière de santé mentale. Fournir un soutien aux dirigeants communautaires et religieux pour qu'ils dispensent une formation sur la santé mentale, le renforcement de la résilience et la prévention du suicide.
- **Politiques et programmes :** soutenir et mettre en œuvre des programmes de lutte contre le racisme dans les écoles afin d'améliorer l'inclusion sociale. Par exemple, sensibiliser les administrateurs, les enseignants et les conseillers aux réalités culturelles et leur offrir une formation sur la lutte contre le racisme. Examiner les programmes scolaires pour y déceler les lacunes en matière d'équité et s'engager à suivre le programme existant (c.-à-d. confirmer la pratique de l'esclavage au Canada), tout en appliquant une optique d'équité. Introduire l'histoire afro-antillaise dans le programme scolaire.

3. Accès et services : Les recommandations dans ce domaine visent à améliorer l'accès à des services de santé mentale de qualité, fondés sur des données probantes, ainsi qu'aux traitements et aux mécanismes de soutien qui existent au sein de la communauté. Des améliorations spécifiques sont requises pour répondre aux besoins de la communauté ACN d'Ottawa. On doit renforcer la collaboration entre le milieu des soins de santé, les organismes communautaires, les organisations religieuses et les secteurs de l'éducation, de la justice et des services correctionnels.

- **Investissements :** les établissements de soins de santé doivent améliorer l'accès aux services de santé mentale en élaborant et en mettant en œuvre des stratégies qui contribueront à améliorer les services destinés à la population ACN. Par exemple, s'assurer de la disponibilité de fournisseurs de services et d'intermédiaires culturels d'origine africaine en vue d'améliorer le fossé culturel et linguistique entre les fournisseurs de services et les clients.
 - Investir dans les services d'intervention précoce, les processus de désescalade et l'offre de soutien en matière de santé mentale en vue d'empêcher les personnes atteintes de troubles mentaux d'entrer ou d'évoluer dans le système de justice pénale.

- **Politiques de lutte contre le racisme** : élaborer, en collaboration avec la communauté ACN, des politiques qui engloberont la justice sociale et des pratiques visant à contrer le racisme, l'oppression et la discrimination dans les milieux de travail, y compris les écoles, les établissements de soins de santé et les organismes d'application de la loi.
- **Suivi et évaluation** : les établissements de soins de santé, les conseils scolaires et le secteur de la justice doivent soutenir les systèmes de suivi et d'évaluation conçus pour recueillir des données sur l'accès aux services reçus par les clients ACN et les passer en revue chaque trimestre à des fins d'assurance de la qualité.

4. Données et recherche — Bien que les participants à cette étude n'aient pas mentionné de manière directe la nécessité de disposer de plus de données et de recherches, il est important de surveiller les informations sur la santé et la maladie mentales au sein de la population. La CSMC recommande par ailleurs d'améliorer la collecte de données à cette fin. Une approche coordonnée de la recherche et de la surveillance en matière de santé mentale permettra de mieux comprendre le bien-être de la communauté ACN, l'accès aux services et les obstacles persistants. À l'heure actuelle, il n'existe pas de protocoles, de processus ou de systèmes permettant de recueillir des données sur la santé mentale de la population ACN de manière continue, et ce, à intervalles réguliers. Cela ressort clairement de la récente analyse documentaire et contribue à notre compréhension limitée des problèmes.

- **Collecte de données** : favoriser la collecte de données axées sur la race à tous les niveaux, ainsi que le suivi et l'évaluation périodiques des variables liées à la race et à l'ethnicité et leur incidence sur les résultats en matière de santé dans les enquêtes et les bases de données sur la santé afin d'éclairer la planification à venir.
 - Élaborer des politiques qui mettront ces données à profit pour surveiller les disparités en matière de santé dans la communauté ACN afin de réduire les écarts en matière de santé mentale et d'éliminer le racisme.
- **Financement** : accroître le financement des activités de recherche et de surveillance en matière de santé mentale dans la population ACN afin de mieux comprendre les façons complexes dont la communauté noire vit le racisme et ses répercussions sur la santé mentale.
- **Collaboration** : soutenir la collecte et l'échange de données intersectorielles et la recherche collaborative interdisciplinaire afin de mieux comprendre comment la santé mentale de la communauté noire d'Ottawa est affectée par les déterminants sociaux de la santé.

Les chercheurs recommandent aux différents secteurs de se réunir à nouveau dans les douze mois suivant la publication du présent rapport afin d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations formulées, de cerner les défis et de réfléchir à des solutions, de partager les réussites et les pratiques exemplaires en matière d'échange de connaissances.

ANNEXES

ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE

Cadre théorique

Le cadre théorique de cette étude repose sur le modèle classique des facteurs associés à l'utilisation des soins de santé d'Anderson et coll. (1973). Bien que ce cadre ne soit pas spécifique aux populations vulnérables, il permet d'identifier les déterminants sociaux (p. ex. les normes) et individuels (p. ex. la prédisposition, l'habilitation, le niveau de maladie/besoin) qui prédisent l'accès aux soins de santé, ainsi que l'influence des ressources hospitalières et des facteurs organisationnels.

Deux autres cadres ont éclairé nos travaux.

Gelberg et coll. (2000) ont identifié les facteurs associés à l'accès aux services de santé chez les personnes sans domicile fixe. Ils ont constaté que les facteurs prédisposants, comme les conditions de vie, le temps passé dans la communauté, la victimisation et les normes culturelles, constituaient des obstacles majeurs aux soins de santé pour certains groupes de la population. L'accessibilité et la disponibilité des services, surtout les services culturellement adaptés, ainsi que les interactions positives avec les fournisseurs de services contribuent à des expériences fructueuses et à un meilleur accès aux soins de santé.

Kawaii-Bogue et autres (2017) ont déterminé les obstacles auxquels font face les Afro-Américains dans l'accès aux services de santé mentale, l'accès au traitement et à un traitement efficace et ont proposé un cadre de soins axés sur l'intégration. Deux types d'obstacles ont ainsi été identifiés : ceux qui entravent l'accès au traitement, c'est-à-dire la stigmatisation, le coût des soins, ainsi que les lacunes en matière de transport et de garde des enfants. Les obstacles à un traitement efficace comprennent les diagnostics erronés, le manque d'autonomie dans les milieux de traitement et le manque de services de soins spécialisés.

Ces cadres ont permis à l'Étude sur la santé mentale d'Ottawa d'identifier ses principales variables et de cartographier les thèmes.

Revue de la littérature

Ottawa abrite la deuxième plus grande proportion de personnes racialisées en Ontario, après Toronto, et la communauté noire compose 30 % de cette population, ce qui en fait le plus grand groupe racialisé. D'importantes inégalités en matière de santé ont été documentées au sein de la communauté ACN. Les familles racialisées sont de deux à quatre fois plus susceptibles que les familles blanches de vivre sous le seuil de faible revenu (Nestel, 2012). Elles sont également plus susceptibles de vivre dans des quartiers moins favorisés (Shapcott, 2007). En 2016, les taux de chômage à Ottawa pour les femmes et les hommes de race noire étaient plus de deux fois plus élevés que ceux de leurs homologues dans le reste de la population (Statistique Canada, 2020). À Ottawa, 29,2 % des enfants noirs vivaient dans une situation de faible revenu, contre 11,3 % des enfants dans le reste de la population (Statistique Canada, 2020).

Les hommes racialisés gagnent 78 cents pour chaque dollar gagné par les hommes non racialisés. L'écart se réduit lorsque l'on compare les revenus des femmes racialisées et non racialisées, les femmes racialisées gagnant 87 cents pour chaque dollar gagné par les femmes non racialisées. Les hommes qui s'identifient comme Noirs ont des revenus moyens inférieurs à ceux des autres hommes. Ils ne gagnent que 66 cents pour chaque dollar gagné par les hommes non racialisés (Block et coll., 2019).

Racialisation et état de la santé mentale

Le racisme est un puissant déterminant de la santé et le fait de vivre dans un environnement raciste peut augmenter le risque de maladie pour les groupes racialisés. L'un des défis posés par l'examen de l'effet indépendant du statut racialisé sur la santé mentale et l'accès aux soins de santé au Canada est le fait que d'autres facteurs, comme l'immigration et le faible revenu, affectent ou confondent cet effet indépendant (Laveist et coll., 2009).

Les conclusions suivantes ont été rapportées par des études portant sur la santé mentale des immigrants racialisés.

- Les immigrants des Caraïbes, des Bermudes, de l'Afrique de l'Est et de l'Asie du Sud présentaient un risque de troubles psychotiques de 1,5 à 2 fois plus élevé que la population générale de l'Ontario (Caron et coll., 2010).
- La population des réfugiés connaissait un risque de troubles psychotiques 25 % plus élevé que celui des immigrants (Anderson et coll., 2015).
- Les immigrants non européens étaient deux fois plus susceptibles que ceux qui sont nés au Canada de présenter une détérioration de leur santé physique et mentale après leur immigration (Bruce Newbold, 2005).
- Les immigrants noirs avaient 76 % plus de risque d'évaluer leur état de santé comme « mauvais » par rapport aux autres groupes racialisés (de Maio et coll., 2010).
- Les immigrantes noires étaient nettement plus susceptibles de déclarer avoir une mauvaise santé mentale que les immigrantes blanches (Patterson et coll. 2016).

Pahwa et ses collaborateurs (2012) ont étudié la santé mentale en utilisant six cycles de l'ENSP de 1994-1995 à 2004-2005 dans sept groupes ethniques et raciaux, en relation avec les facteurs démographiques, socioéconomiques, le soutien social et le style de vie. Parmi les immigrants d'origine noire, la probabilité d'une détresse mentale modérée/élevée était nettement plus grande que pour les personnes d'autres origines ethniques (Pahwa et coll., 2012).

L'utilisation des données de l'*Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada* (ELIC) a permis à de Maio et Kemp (2010) de constater qu'au cours des quatre années de la collecte de données, la discrimination raciale était un prédicteur important de la diminution de l'état de santé mentale autodéclaré. Ce résultat était particulièrement évident chez les immigrants racialisés et les immigrants à faible revenu (de Maio et coll. 2010).

La recherche canadienne sur le statut racialisé et la santé mentale est plus limitée. Selon les études menées par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, l'Institut Wellesley et la Commission de la santé mentale du Canada, certains groupes racialisés vivent des inégalités majeures en matière de santé mentale.

La perception de taux élevés de discrimination raciale était prédictive d'un niveau élevé de détresse psychologique ou de dépression au fil du temps (Brown et coll. 1999). Cette étude longitudinale a examiné les données probantes concernant la relation entre le racisme perçu et la santé mentale. Il est également important de souligner qu'il n'existe pratiquement aucune étude qui ait examiné la relation entre la discrimination raciale et la santé mentale dans le contexte canadien. Cela confirme le besoin impérieux d'études futures qui explorent davantage cette relation et reconnaissent l'expérience des personnes ACN afin de valider leurs expériences et de dégager des solutions à leur intention. Comme le dit le proverbe, « pas de données, pas de problème, pas de solution ».

Sur le plan écologique, si les groupes racialisés forment une plus petite proportion de la population dans une région donnée, ils sont plus susceptibles de connaître des taux de prévalence plus élevés de maladie mentale (Laveist et coll. 1996), comme la dépression (Nazroo et coll. 1997) et la psychose (Neeleman et coll. 1997).

Veenstra et coll. (2019) ont mené une étude longitudinale portant sur dix cycles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ils ont constaté des inégalités dans l'autoévaluation de la santé mentale entre les adultes canadiens, en ce sens que les Canadiens de race noire étaient plus susceptibles de déclarer une santé mentale passable ou mauvaise que les Canadiens de race blanche. Cette différence statistique était entièrement due au fait que les Canadiens noirs avaient en moyenne des revenus inférieurs à ceux des Canadiens blancs. Cette conclusion est conforme aux recherches précédentes qui montrent qu'il existe une forte corrélation entre un faible revenu dans la population ACN et une mauvaise santé mentale.

En examinant les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* sur les taux de prévalence de la détresse et des troubles mentaux dans diverses populations du Canada, Caron et coll. (2010) ont constaté que près de 25 % des Canadiens de race noire dans la catégorie des groupes à faible revenu ont déclaré une détresse psychologique élevée, contre seulement 14,5 % dans les groupes à revenu élevé.

Racialisation et accès aux soins de santé mentale

Davantage de recherches canadiennes se sont penchées sur l'accès aux soins de santé mentale chez les immigrants racialisés par rapport aux personnes racialisées dans leur ensemble.

Ainsi, un examen de la portée de l'accès aux services de santé mentale chez les immigrants au Canada a notamment permis de déterminer trois types d'obstacles : les obstacles à l'accès aux informations sur les services de santé, les obstacles relatifs à l'établissement des immigrants et les obstacles liés à la disponibilité de services appropriés (Thomson et coll. 2015). Bien que cette recherche ne porte pas particulièrement sur la population ACN, il convient toutefois de souligner que 35 % des participants à cette étude étaient nés au Canada.

Anderson et coll. (2015) ont comparé les voies d'accès aux soins et la durée de la psychose non traitée de 41 personnes noires d'ascendance africaine, 40 personnes noires d'ascendance caribéenne et 90 Européens blancs. Ils ont constaté que les participants noirs d'origine africaine qui connaissaient leur premier épisode de psychose étaient quatre fois plus susceptibles que les Européens blancs d'accéder aux services d'urgence comme premier point de contact en matière de services. Les données du Rapport sur l'état de la santé mentale

à Ottawa (2018) suggèrent également que les personnes vivant dans des quartiers défavorisés sont deux fois plus susceptibles de se rendre aux services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Les participants noirs d'ascendance caribéenne étaient significativement moins susceptibles d'avoir un médecin généraliste impliqué dans leur parcours de soins que les Blancs d'origine européenne. Les participants noirs des Caraïbes ont connu un délai médian de 16 mois avant de recevoir un traitement, contre 7 mois pour les Blancs européens et 9 mois pour les Noirs africains. Les auteurs ont conclu que les participants noirs d'ascendance caribéenne souffrant de psychoses étaient plus susceptibles d'avoir un parcours de soins aversif que les Blancs européens (p. ex. pas d'implication du médecin généraliste, services d'urgence).

Conception de la recherche

L'étude, financée par Santé publique Ottawa (SPO), a été menée sur une période d'un an en utilisant une méthodologie mixte, comprenant des éléments quantitatifs et qualitatifs. La conception de la recherche a été guidée par une profonde conscience de l'histoire colonialiste de la recherche biomédicale et de la recherche en général, en ce qui a trait au corps des Noirs et aux personnes noires.

Le volet quantitatif impliquait la collecte de données d'enquête. Les formats utilisés consistaient en un sondage autoadministré ou par entrevue (rempli sur papier ou sur une tablette). Le volet qualitatif comprenait la collecte de données d'entrevues approfondies, à l'aide de questions ouvertes.

Conception de l'échantillon et recrutement des répondants à l'étude

Pour pouvoir participer à cette étude, les participants devaient s'identifier comme Canadiens noirs, nés dans un pays des Caraïbes ou d'Afrique subsaharienne, ou ailleurs (y compris au Canada), ayant un parent né dans l'une de ces régions. Les critères supplémentaires pour l'étude étaient les suivants :

- être âgé de 16 à 64 ans au moment de l'enquête;
- résider à Ottawa;
- être en mesure de parler et de comprendre l'anglais ou le français;
- être en mesure de fournir un consentement éclairé.

Le cadre d'échantillonnage était dynamique puisque les options à cet égard étaient structurées de manière à saisir le profil démographique de la population cible. Les organisations communautaires partenaires, comme les centres de santé communautaires, ont servi de canaux de recrutement par les pairs, les participants étant aiguillés vers l'équipe de l'étude. On a utilisé une méthode de recrutement fondé sur un lieu ciblé, selon

laquelle les participants à l'étude ont été recrutés lors d'événements et dans des établissements généralement fréquentés par les personnes ACN d'Ottawa.

L'étude a mis à profit une approche d'échantillonnage à plusieurs degrés en vue de la sélection des sous-unités géographiques (p. ex. les quartiers) qui ont servi aux étapes d'échantillonnage ultérieures, dans le cadre d'événements organisés et en différents endroits, comme les centres de services en santé mentale, les centres de santé communautaires et lors d'activités communautaires. Cette stratégie visait à refléter les données de Statistique Canada sur la population ACN d'Ottawa en ce qui concerne l'âge, le sexe et le pays de naissance. Un grand nombre de nos entretiens ont eu lieu dans les centres de santé communautaires partenaires, qui ont également servi de centres de recrutement par les pairs. La plupart des participants à nos entretiens travaillaient dans le système de santé.

Les membres de l'équipe de recherche ont travaillé activement à l'établissement de relations avec la communauté et les pairs afin de mobiliser les participants, de promouvoir la présente recherche et de réduire les craintes et la méfiance de la communauté en tant qu'obstacles à la participation.

L'efficacité des méthodes de recrutement par les pairs dans la mobilisation des communautés ACN pour la recherche en santé a été démontrée dans deux études précédentes (Tharao et coll., 2014; Gray et coll., 2008).

Instruments de recherche

Les questions de la recherche ont été élaborées et conçues en consultation avec les dirigeants de la communauté ACN, dans le cadre de quatre réunions communautaires tenues avant le lancement de l'enquête. Les instruments de recherche ont été entièrement générés par l'équipe d'étude et validés et approuvés par les membres de la communauté noire d'Ottawa.

Trois instruments de recherche ont ainsi été mis au point : un guide d'entretien qualitatif, un sondage quantitatif et une enquête sociodémographique.

Les questions de l'entretien approfondi ont été en grande partie créées à partir de consultations communautaires. Le questionnaire du sondage quantitatif a été élaboré sur la base des résultats des entretiens qualitatifs.

Le guide d'entretien qualitatif (voir annexe 2) comprenait 11 questions semi-structurées et ouvertes conçues pour explorer les quatre thèmes principaux :

1. Croyances et perceptions de la santé mentale
2. Facteurs de risque et de protection
3. Accès aux services de santé mentale
4. Interactions avec les fournisseurs de soins de santé mentale

Le sondage quantitatif (voir annexe 2) comprenait 23 questions autoadministrées, dont les composantes reflétaient les questions qualitatives. Le questionnaire de l'enquête a été conçu pour recueillir des informations sur le contexte sociodémographique des répondants; leurs connaissances en matière de santé mentale et leurs perceptions à l'égard de la stigmatisation; l'accès aux soins et aux traitements; le capital social; le racisme et la discrimination; l'accès aux systèmes et services de santé et leur utilisation. Il comprenait un amalgame de questions déjà utilisées dans des études similaires auprès d'autres groupes de la population canadienne.

Cette conception à méthodologie mixte a permis d'intégrer des données quantitatives et qualitatives, les données de chaque instrument étant combinées pour créer un aperçu global, répondant aux principaux objectifs de l'étude de recherche. Cette méthodologie a permis de s'assurer que les résultats de l'étude étaient fondés sur les expériences des participants.

Enfin, une enquête sociodémographique de 15 questions (voir annexe 2) a été réalisée après avoir obtenu le consentement des participants et avant chaque sondage ou entretien. Ce questionnaire était composé de questions permettant de recueillir des données sur la culture, le sexe, l'éducation, le revenu, l'emploi, l'environnement social et physique, lesquels jouent tous un rôle majeur dans la santé mentale d'un individu.

Méthode de collecte des données

La collecte de données a été effectuée entre avril 2019 et novembre 2019. Avant la mise en œuvre, une approbation éthique a été obtenue auprès du Comité d'éthique de la recherche de Santé publique Ottawa.

Tous les participants ont été invités à répondre à un sondage ou à un entretien, mais pas aux deux. Les entretiens approfondis ont eu lieu au cours d'une seule séance d'une durée maximale de 60 minutes. Des sondages autoadministrés ou assistés par un intervieweur ont également été effectués en une seule séance, avec un temps de réalisation moyen de 15 à 20 minutes. Tous les entretiens ont été menés par la personne responsable de la coordination de l'étude. Les collaborateurs communautaires ont participé au recrutement des pairs et de nombreux entretiens ont eu lieu dans les centres de santé communautaires. Les participants qui ont répondu à l'interview ou à l'enquête ont reçu une carte cadeau VISA de 25 \$, en guise de reconnaissance de leur temps et de leurs efforts.

Les participants pouvaient choisir de ne répondre à aucune question de l'enquête sans pénalité. Ils pouvaient également se retirer de l'étude à tout moment et conserver le droit de recevoir l'intégralité des honoraires. Pour assurer la sécurité des sujets de recherche et atténuer l'éventuel effet déclencheur de certaines questions, une liste de ressources en santé mentale a été remise à tous les participants.

La confidentialité des participants à l'étude a été maintenue grâce à divers processus, et ce, à chacune des étapes de la collecte des données. Tous les renseignements permettant d'identifier les personnes ont été rendus anonymes au moyen d'un code unique pour chaque participant. Celui-ci a été créé après avoir obtenu le consentement éclairé des personnes concernées et aucun renseignement personnel n'a été utilisé dans le processus. En ce qui concerne la confidentialité, les enregistrements de données et les ordinateurs ont été correctement sécurisés. Les données des participants ont été codées, alors qu'un mot de passe protégeait les fichiers/dossiers et les ordinateurs où les données étaient stockées.

Au total, 130 personnes ACN ont participé à l'étude. Cent sondages ont été réalisés; trente entretiens individuels ont été menés.

Quatre séances de consultation préalables à l'étude ont été organisées avec les dirigeants de la communauté ACN, qui ont orienté l'élaboration des questionnaires de recherche qualitative et quantitative. Après la conclusion de l'étude de recherche et l'analyse des données, quatre autres sessions de consultation ont été organisées à nouveau avec ces personnes afin d'obtenir leur avis sur les instruments de recherche. Ces consultations ont permis de discuter des résultats provisoires et de formuler des recommandations.

Analyse des données

Les données issues des entretiens et du sondage ont été recueillies et analysées séparément, mais interprétées ensemble, ce qui a permis de mieux comprendre les réponses des participants dans quatre grands domaines : les croyances et les perceptions à l'égard de la santé mentale, les facteurs de risque et de protection, l'accès aux services et les interactions avec les fournisseurs de soins de santé.

Tous les entretiens ont été transcrits en vue de la réalisation d'une analyse textuelle et thématique. Le logiciel NVivo a facilité la gestion et le stockage des données. Les commentaires des participants ont été analysés. Pour la plupart, les thèmes identifiés ont été classés dans les quatre sections mentionnées précédemment.

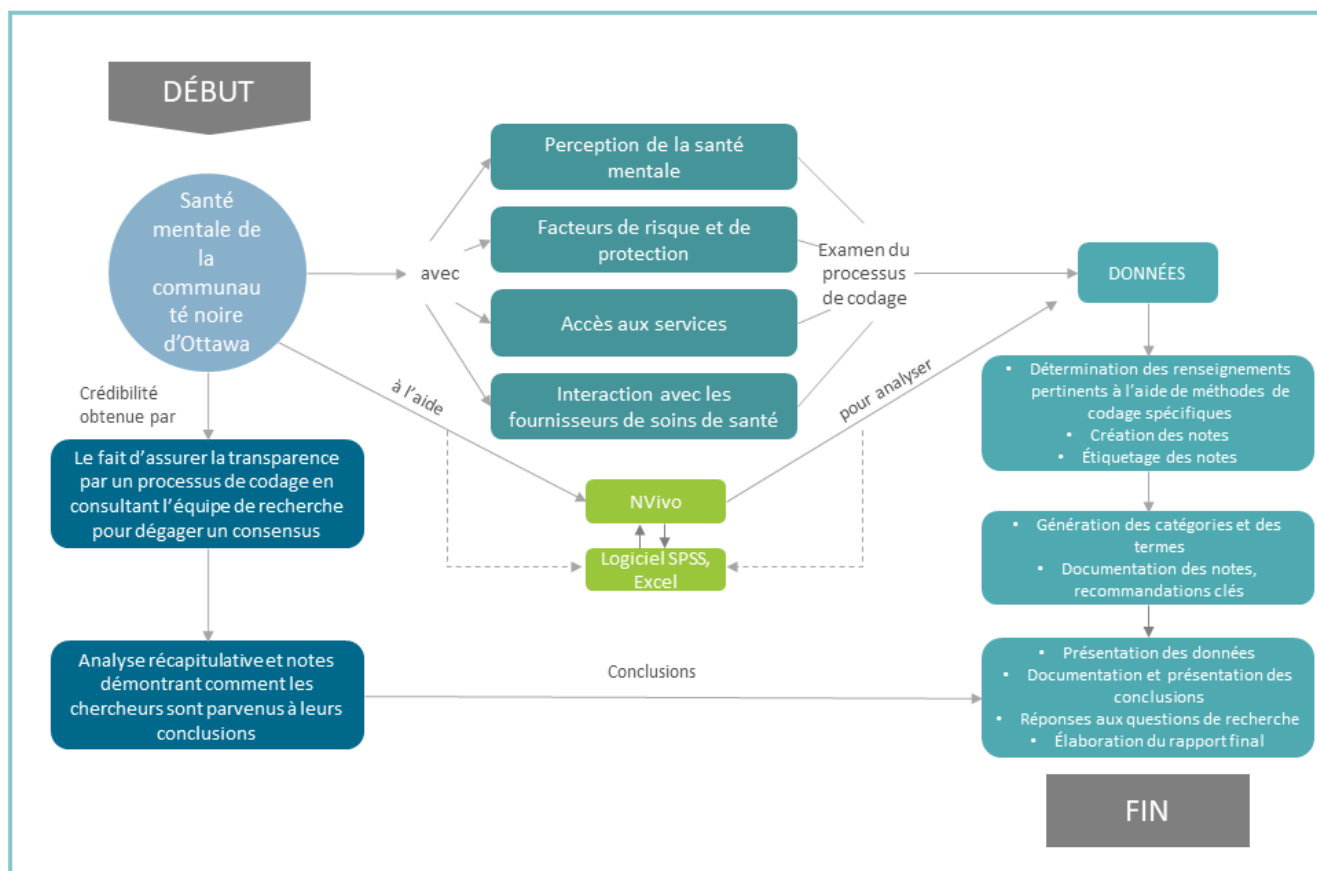
Les données de l'enquête autoadministrée ou assistée par un intervieweur ont été analysées à l'aide d'un logiciel statistique (Stata) et de Microsoft Excel.

Les recommandations ont été largement inspirées des résultats de l'étude et élaborées en consultation avec les partenaires communautaires ACN dans le cadre de quatre séances.

Carte illustrant l'analyse de l'étude

Cette carte des processus montre les démarches et étapes de haut niveau qui ont été nécessaires pour mener à bien l'étude sur une période d'un an, de la conception à l'analyse des données et à la rédaction du rapport.

Carte illustrant l'analyse de l'étude



Limites de l'étude

- Ceux qui interprètent ou utilisent les données et les conclusions de ce rapport doivent être conscients des limites de la présente étude. Celles-ci comprennent :
- les langues utilisées pour promouvoir et mener la recherche se limitaient à l'anglais et au français. Cela a restreint la participation des membres de la communauté ACN qui ne maîtrisaient pas ou peu l'une ou l'autre des langues officielles.
- Les enquêtes ont été menées sur une période de six mois. Ce délai a eu une incidence sur la capacité de l'équipe de l'étude à atteindre un plus grand nombre de personnes dans la ville, de mener un recrutement des pairs à plus grande échelle et d'envisager d'autres possibilités pour explorer davantage les thèmes émergents au cours des différentes étapes de l'étude. Un délai plus long aurait pu permettre d'obtenir un échantillon plus important.
- La différence de perception des participants à l'égard de l'étude, en ce qui concerne les concepts liés à la santé et à la maladie mentales, a sans doute eu une incidence sur la façon dont certains ont répondu aux questions. Néanmoins, l'étude visait à recueillir des perceptions qui sont des indicateurs valables des points de vue et des expériences de la communauté ACN, indépendamment de la mesure dans laquelle les participants étaient bien informés sur les sujets de la santé mentale et de la maladie mentale.
- Le recrutement des participants à l'étude s'est largement appuyé sur la coopération et la collaboration des groupes de pairs et des organisations partenaires, ainsi que sur une approche d'échantillonnage fondée sur le lieu. Si les chercheurs ont facilement pu recruter des participants, il n'y avait pas de cadre d'échantillonnage et aucun quota particulier n'a été établi pour garantir que des sous-groupes précis soient inclus dans l'ensemble de l'échantillon, proportionnellement à leur représentation au sein de la communauté ACN au sens large, comme les francophones, les personnes d'origine caribéenne ou la communauté 2SLGBTQIA+. Cela aurait été profitable et aurait permis d'obtenir une proportion plus représentative de la population ACN dans l'échantillon final. Comme les participants n'ont pas été recrutés au hasard, mais surtout dans les centres de santé communautaires et lors d'événements sociaux, les résultats peuvent être biaisés en faveur de la population ACN qui utilise les services des centres de santé communautaires et non représentatifs de la population ACN d'Ottawa dans son ensemble. Il convient également de souligner qu'un large échantillon des participants provenait de la communauté somalienne. Cette situation est principalement due à la présence des membres de cette communauté dans l'un des sites de recrutement.
- L'âge cible de nos participants se situait entre 16 et 64 ans. Cependant, 87 % des participants interrogés faisaient partie de la population la plus jeune (moins de 40 ans), principalement en raison du refus des participants plus âgés de participer à l'étude lorsqu'ils ont appris qu'elle portait sur la santé mentale. Cela illustre encore une fois les difficultés réelles liées au fait d'avoir des discussions sur la santé mentale dans la communauté ACN, en particulier avec les groupes plus âgés.

- En raison de la petite taille des échantillons, l'analyse des données n'a pas exploré la ventilation des données par sexe, âge, origine ethnique, etc. En outre, l'analyse n'a pas porté sur des sous-groupes vulnérables particuliers, comme les femmes, les réfugiés, les personnes âgées, etc.
- Enfin, plutôt que d'arrêter le recrutement une fois la saturation atteinte, l'échantillon cible total a été plafonné à n=30 pour les entretiens qualitatifs, et à n=100, pour l'enquête.

ANNEXE 2 : INSTRUMENTS DE RECHERCHE

Guide d'entretien qualitatif

Entretiens individuels approfondis et semi-structurés

Il est important de prendre connaissance de la perception, de la compréhension et des expériences des membres de la communauté en ce qui concerne la santé mentale et l'accès aux services de soins en santé mentale et la prestation de ceux-ci.

À Santé publique Ottawa, nous travaillons avec la collectivité afin de déterminer des stratégies visant à améliorer l'état de santé mentale général des résidents. Dans ce contexte, il est essentiel de connaître la perception des gens en matière de santé mentale et leurs expériences du système de soins en santé mentale. Nous comptons utiliser les renseignements que vous nous fournissez aujourd'hui en vue d'améliorer les services et de sensibiliser davantage les fournisseurs de services aux défis auxquels sont confrontés les membres de la communauté africaine, caribéenne et noire (ACN).

Vos commentaires et vos idées sont importants pour nous et nous vous remercions du temps que vous nous accordez pour discuter de cette question. Nous enregistrons la conversation afin de pouvoir examiner vos commentaires plus tard. Tous vos commentaires seront stockés sur un ordinateur dont l'accès est sécurisé et protégé par mot de passe. Nous veillerons à ce que vos commentaires ne puissent pas être associés à votre nom, à votre région ou au type de service offert dans la communauté, ou à votre affiliation. Au fur et à mesure que vos commentaires seront consignés, nous veillerons à ce que l'on ne puisse pas vous identifier en fonction de vos réponses. Le questionnaire ne devrait pas prendre plus de 45 à 60 minutes à remplir.

Les questions suivantes portent sur **les valeurs, les croyances et les attitudes** à l'égard de la santé mentale et de la maladie mentale.

- 1) Qu'est-ce que la santé mentale signifie pour vous?
 - Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous apprenez que quelqu'un est atteint d'une maladie mentale? Selon vous, quels sont les facteurs qui influencent vos croyances et votre attitude à l'égard de la maladie mentale? Quelle est l'origine de ces croyances? (Questions exploratoires)
- 2) Que faites-vous pour préserver votre santé mentale?
 - Y a-t-il quelque chose en particulier que vous faites pour préserver votre santé mentale? Si vous aviez besoin d'aide pour un problème concernant votre santé mentale, seriez-vous disposé à en parler à votre famille ou à vos amis? Dans la négative, qu'est-ce qui vous empêche de parler ouvertement de votre santé mentale? (Questions exploratoires)
- 3) À votre avis, quels facteurs influencent de façon positive votre santé mentale?
 - Pouvez-vous énumérer des facteurs qui pourraient nuire à votre santé mentale ou à la santé mentale de membres de votre communauté? (Questions exploratoires)

Nous aimerions en apprendre davantage sur votre expérience en matière **d'accès** aux services de santé mentale, que ce soit pour vous-même ou pour une personne que vous connaissez. En répondant à ces questions, veuillez indiquer le type de service auquel vous avez tenté d'accéder (p. ex. salle d'urgence, médecin de famille, clinique sans rendez-vous, psychologue, ligne téléphonique, système juridique, groupes de soutien par les pairs, centres confessionnels, etc.).

- 4) Pouvez-vous nous parler de votre expérience en matière d'accès aux services de santé mentale?
 - Quels facteurs ont contribué à rendre ces services accessibles? Y avait-il quelque chose qui rendait difficile l'accès à ces services? Qu'est-ce qui permettrait d'améliorer votre expérience et de faciliter votre accès aux services de santé mentale?
- 5) Quelles caractéristiques trouveriez-vous utile qu'un fournisseur de services de santé mentale possède?
 - Était-il important pour vous de trouver un fournisseur de services qui avait la même culture, le même sexe, la même orientation sexuelle et les mêmes croyances que vous, qui parlait votre langue ou qui partageait d'autres valeurs communes? Qu'aimeriez-vous trouver chez un fournisseur de services de santé mentale?

Les questions suivantes portent sur les **interactions avec les fournisseurs de soins de santé**.

- 6) Avez-vous reçu des explications sur votre état mental sous une forme que vous pouviez comprendre (ou une personne que vous connaissez a-t-elle reçu des explications sur son état mental sous une forme qu'elle pouvait comprendre)? Dans la négative, qu'est-ce qui pourrait vous être utile pour améliorer la situation?
- 7) Vos fournisseurs de services de soins de santé et leurs employés sont-ils enclins à vous écouter attentivement et à répondre à toutes vos questions? Les fournisseurs de services de soins de santé respectent-ils vos croyances en matière de santé mentale?
- 8) Êtes-vous victime de mauvais traitements ou d'un traitement injuste lorsque vous rencontrez votre fournisseur de services?
 - Avez-vous l'impression qu'il a des préjugés ou une attitude négative à votre égard? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui vous fait penser que c'est le cas? Que proposez-vous pour éviter que la situation ne se reproduise?
- 9) Vos fournisseurs de services médicaux et de santé mentale coordonnent-ils vos soins?
 - Si c'est le cas, croyez-vous que cela vous est utile? Que proposez-vous pour améliorer ce processus?

10) En général, comment se déroule le processus d'aiguillage (en ce qui vous concerne)?

- Votre fournisseur de services vous aide-t-il à obtenir les services dont vous avez besoin dans la collectivité? Est-ce qu'il vous aide à vous y retrouver dans le système? Que faut-il améliorer?

CONCLUSION

- 1) Y a-t-il des éléments dont nous n'avons pas discuté qui permettraient d'améliorer votre expérience et votre accès aux services de santé mentale offerts dans la collectivité?

Questionnaire quantitatif

(DANS LE CADRE D'ÉVÉNEMENTS OU EN LIGNE)

Il est important de prendre connaissance de la perception, de la compréhension et des expériences des membres de la communauté en ce qui concerne la santé mentale et l'accès aux services de soins en santé mentale et la prestation de ceux-ci.

À Santé publique Ottawa, nous travaillons avec la collectivité afin de déterminer des stratégies visant à améliorer l'état de santé mentale général des résidents. Nous comptons utiliser les renseignements que vous nous fournissez aujourd'hui en vue d'améliorer les services et de sensibiliser davantage les fournisseurs de services aux défis auxquels sont confrontés les membres de la communauté africaine, caribéenne et noire (ACN).

Vos commentaires et vos idées sont importants pour nous et nous vous remercions du temps que vous nous accordez pour discuter de cette question.

- 1) Comment évaluez-vous votre état général de santé mentale?
 - a. Excellent
 - b. Plutôt bon
 - c. Moyen
 - d. Plutôt médiocre
 - e. Médiocre
 - f. Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre

- 2) Comment évaluez-vous le niveau de stress que vous éprouvez la plupart du temps? La plupart du temps, je me sens :
 - a. Extrêmement stressé(e)
 - b. Très stressé(e)
 - c. Un peu stressé(e)
 - d. Pas du tout stressé(e)
 - e. Aucune de ces réponses
 - f. Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre

- 3) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi de la discrimination ou un traitement injuste dans un quelconque aspect de votre vie?
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
 - d. Je préfère ne pas répondre

- 4) Comment évaluez-vous vos liens avec les autres membres de votre communauté?
- a. De nombreux liens
 - b. Plusieurs liens
 - c. Quelques liens
 - d. Aucun lien
 - e. Je ne sais pas
 - f. Je préfère ne pas répondre
- 5) Comment évaluez-vous votre niveau de connaissances à propos de questions liées à la santé mentale?
- a. Très bonne connaissance
 - b. Bonne connaissance
 - c. Neutre
 - d. Faible connaissance
 - e. Aucune connaissance
 - f. Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre
- 6) Qu'éprouvez-vous lorsque vous apprenez que quelqu'un souffre d'une maladie mentale?
- a. De l'inquiétude ou de la tristesse
 - b. De la peur
 - c. De l'espoir
 - d. Toutes ces réponses
 - e. Aucune de ces réponses
 - f. Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre
- 7) Selon vous, la maladie mentale peut être causée par :
- a. La génétique, c'est-à-dire qu'un membre de la famille a cette maladie
 - b. Des expériences difficiles et des facteurs de stress environnementaux
 - c. Une malédiction ou une punition pour un acte répréhensible
 - d. Toutes ces réponses
 - e. Réponses A et B
 - f. Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre
- 8) La plupart des gens estiment que le recours à un traitement pour un problème de santé mentale est un signe d'échec personnel. (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC]*)
- a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni d'accord ni en désaccord
 - d. En désaccord
 - e. Pas du tout d'accord
 - f. Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre

- 9) La plupart des gens ont moins d'estime pour une personne qui a un problème de santé mentale. (ESCC)
- a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni d'accord ni en désaccord
 - d. En désaccord
 - e. Pas du tout d'accord
 - f. Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre
- 10) Si vous avez besoin d'aide pour votre santé mentale, dans quelle mesure êtes-vous à l'aise d'en parler à votre famille ou à vos amis?
- a. Très à l'aise
 - b. À l'aise
 - c. Plutôt à l'aise
 - d. Pas du tout à l'aise
 - e. Je ne sais pas
 - f. Je préfère ne pas répondre
- 11) Qu'est-ce qui vous empêcherait de parler de vos besoins en santé mentale à un ami ou à un membre de votre famille?
- a. Je ne veux pas qu'on me juge
 - b. Je ne veux pas qu'on me perçoive comme une personne faible
 - c. Un manque de confiance
 - d. La peur
 - e. Toutes ces réponses
 - f. Ne s'applique pas/Je ne sais pas
 - g. Je préfère ne pas répondre
- 12) Si vous ou quelqu'un que vous connaissez aviez besoin de services de santé mentale, à quelles ressources feriez-vous appel pour obtenir ces services? Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent.
- a. Hôpital
 - b. Centres de santé communautaires
 - c. Cliniques privées
 - d. Centres confessionnels
 - e. Membres de la famille
 - f. Aucune de ces réponses
 - g. Je ne sais pas
 - h. Je préfère ne pas répondre
- 13) Avez-vous déjà tenté d'accéder à des services de santé mentale pour vous-même ou pour un être cher?
- a. Oui
 - b. Non

14) Comment évaluez-vous les services reçus des ressources en santé mentale?

- a. Excellents
- b. Très bons
- c. Bons
- d. Passables
- e. Médiocres
- f. Mauvais
- g. Je ne sais pas
- h. Je préfère ne pas répondre

15) Selon vous, quel est le plus grand obstacle à l'accès aux services?

- a. Le temps d'attente
- b. L'emplacement des services ne me convient pas
- c. La barrière linguistique
- d. Le coût des services
- e. Le fournisseur de services ne comprend pas mes besoins
- f. Toutes ces réponses
- g. Aucune de ces réponses
- h. Autre :.....
- i. Je ne sais pas
- j. Je préfère ne pas répondre

16) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre expérience des services de santé mentale et vous faciliter l'accès à ces services?

- a. L'accès à un fournisseur de services qui parle ma langue
- b. L'accès à un fournisseur de services qui comprend mes besoins
- c. Du personnel respectueux de ma culture
- d. La proximité des lieux
- e. Le caractère abordable des services
- f. Un accès facile aux services d'aide
- g. Toutes ces réponses
- h. Aucune de ces réponses
- i. Autre :.....
- j. Je ne sais pas
- k. Je préfère ne pas répondre

17) Vos fournisseurs de services et autres membres du personnel vous ont-ils bien traité(e)?

- a. Oui, absolument
- b. Oui, dans une certaine mesure
- c. Non
- d. Je ne sais pas
- e. Je préfère ne pas répondre

- 18) Est-ce que votre état et votre traitement vous ont été expliqués en des termes que vous pouviez comprendre?
- a. Oui, absolument
 - b. Oui, dans une certaine mesure
 - c. Non
 - d. Je ne sais pas
 - e. Je préfère ne pas répondre
- 19) Vos fournisseurs de services vous informent-ils de ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé mentale? Avez-vous reçu des instructions pour le suivi?
- a. Oui, absolument
 - b. Oui, dans une certaine mesure
 - c. Non
 - d. Je ne sais pas
 - e. Je préfère ne pas répondre
- 20) Avez-vous le sentiment que votre fournisseur de services a des préjugés ou une attitude négative à votre égard lorsque vous interagissez avec lui?
- a. Oui, absolument
 - b. Oui, dans une certaine mesure
 - c. Non
 - d. Je ne sais pas
 - e. Je préfère ne pas répondre
- 21) Dans l'affirmative, qu'est-ce qui vous a amené(e) à penser cela?
- a. Des commentaires à mon sujet
 - b. Le sentiment de ne pas être le ou la bienvenu(e)
 - c. Une attitude condescendante
 - d. Des suppositions
 - e. Toutes ces réponses
 - f. Autre : _____
 - g. Je ne sais pas
 - h. Je préfère ne pas répondre
- 22) Les fournisseurs de services de santé respectent-ils vos croyances au sujet de votre santé mentale?
- a. Oui, absolument
 - b. Oui, dans une certaine mesure
 - c. Non
 - d. Je ne sais pas
 - e. Je préfère ne pas répondre
- 23) En terminant, avez-vous d'autres commentaires à formuler en ce qui concerne votre expérience et les stratégies qui permettraient d'améliorer la santé mentale des communautés ACN?

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce sondage. Vos réponses serviront à améliorer les expériences des citoyens ACN d'Ottawa à l'égard des services de santé mentale, ainsi que leur accès à ces services.

Certaines questions ont été adaptées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et de l'Enquête sur la santé dans les Forces armées canadiennes

Questionnaire sur les données sociodémographiques

Certaines des questions de ce sondage sont de nature très personnelle. Nous vous rappelons que vos réponses sont totalement confidentielles. Nous posons les mêmes questions à tous ceux qui participent à ce sondage.

Des facteurs tels que la culture, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu, la situation d'emploi et les environnements social et physique influent grandement sur la santé mentale de la personne. Par conséquent, les questions suivantes sont importantes aux fins du présent questionnaire.

Soyez assuré(e) que tous les renseignements que vous fournirez à la section suivante demeureront strictement confidentiels

1) Parmi les choix suivants, lequel décrit le mieux votre identité ethnoraciale? (Veuillez cocher TOUTES les options qui s'appliquent).

- ☐ Personne noire (africaine)
- ☐ Personne noire (caribéenne)
- ☐ Afro-Canadien(ne)
- ☐ Afro-Américain(ne)
- ☐ Personne noire d'ascendance latino-américaine
- ☐ Ces choix ne s'appliquent pas à moi. Je m'identifie comme (veuillez préciser) :

2) Quel âge avez-vous?

- ☐ Entre 16 et 19 ans
- ☐ Entre 20 et 29 ans
- ☐ Entre 30 et 39 ans
- ☐ Entre 40 et 49 ans
- ☐ Entre 50 et 59 ans
- ☐ Entre 60 et 64 ans

3) Parlez-vous l'anglais ou le français suffisamment bien pour tenir une conversation? Si oui, cochez toutes les options qui s'appliquent :

- ☐ Anglais
- ☐ Français
- ☐ Ni l'un ni l'autre
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

4) Dans quelle autre langue préféreriez-vous communiquer avec votre fournisseur de soins de santé?

- ☐ Je préfère parler : _____
- ☐ Langue des signes québécoise

- ☐ Amharique
- ☐ Arabe
- ☐ Créole
- ☐ Somali
- ☐ Swahili
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

5) Êtes-vous né(e) au Canada?

- ☐ Oui
- ☐ Non, je suis arrivé(e) au Canada en _____ (indiquez l'année)
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

6) Souffrez-vous de l'un ou de plusieurs des troubles médicaux suivants? Cochez TOUTES les options qui s'appliquent.

- ☐ Dépendances
- ☐ Sensibilité à des facteurs environnementaux (p. ex. sensibilité aux odeurs)
- ☐ Perte auditive ou de la vision
- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Trouble d'apprentissage
- ☐ Problème de santé mentale
- ☐ Handicap physique
- ☐ Autre (veuillez préciser) :
- ☐ Aucun
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

7) Dans quel type d'habitation demeurez-vous ou avec qui vivez-vous? Ne cochez QUE l'option qui s'applique le mieux.

- ☐ Pension
- ☐ Établissement correctionnel
- ☐ Foyer de groupe
- ☐ Sans domicile fixe
- ☐ Maison ou condo (propriétaire)
- ☐ Maison ou appartement (locataire)
- ☐ Maison de retraite
- ☐ Refuge

- ☐ Logement avec services de soutien
- ☐ Avec des amis
- ☐ Avec des membres de la famille (p. ex. parents, enfants)
- ☐ Autre (veuillez préciser) :
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

8) Quelle est votre identité de genre? Ne cochez qu'UNE seule option.

- ☐ Femme
- ☐ De genre fluide
- ☐ Intersexué(e)
- ☐ Homme
- ☐ Non binaire (non conformiste de genre)
- ☐ En questionnement
- ☐ Femme transgenre ou trans – d'homme à femme
- ☐ Homme transgenre ou trans – de femme à homme
- ☐ Bispirituel(le)
- ☐ Je m'identifie comme :
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas

9) Quelle est votre orientation sexuelle? Ne cochez qu'UNE seule option.

- ☐ Asexuel(le)
- ☐ Bisexuel(le)
- ☐ Gai
- ☐ Hétérosexuel(le)
- ☐ Lesbienne
- ☐ Pansexuel(le)
- ☐ Allosexuel(le) [*queer*]
- ☐ En questionnement
- ☐ Bispirituel(le)
- ☐ Je m'identifie comme :
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas

10) Quel est votre état civil ACTUEL? (Cochez TOUTES les options qui s'appliquent à votre état civil actuel).

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e)
- ☐ En couple avec un(e) partenaire régulier(ère) [nous vivons ensemble]

- En couple avec un(e) partenaire régulier(ère) [nous ne vivons pas ensemble]
- Veuf ou veuve
- Séparé(e)/Divorcé(e)
- Autre (veuillez préciser) :
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

11) Quelle foi ou religion pratiquez-vous ACTUELLEMENT, le cas échéant? (Ne cochez qu'UNE seule option).

- Aucune
- Islam
- Christianisme
- Spiritualité africaine traditionnelle
- Ma religion n'est pas comprise dans les options (veuillez préciser) :
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

12) Quel est le plus haut niveau de scolarité ou de formation que vous ayez atteint? (Ne cochez qu'UNE seule option).

- Aucune scolarisation formelle
- Inférieur aux études secondaires
- Études secondaires non terminées
- Études secondaires terminées
- Études dans un collège, un cégep, une école de formation professionnelle ou une école de métiers ou formation d'apprenti non terminées
- Études dans un collège, un cégep, une école de formation professionnelle ou une école de métiers ou formation d'apprenti terminées
- Études universitaires non terminées
- Diplôme ou certificat d'études universitaires (p. ex. certificat en gestion de projet ou en ressources humaines)
- Diplôme universitaire de premier cycle (p. ex. B.A., B. Sc., B. Éd.)
- Diplôme universitaire professionnel, de deuxième ou de troisième cycle (p. ex. M.A., Ph. D., M.D., LL. B)
- Autre (veuillez préciser) :
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

13) **Quel est votre statut professionnel des six derniers mois?** (Cochez TOUTES les options qui s'appliquent).

- ☐ Travailleur(se) ou travailleur(se) autonome à temps plein
- ☐ Travailleur(se) ou travailleur(se) autonome à temps partiel
- ☐ Bénévole
- ☐ Sans emploi et à la recherche d'un emploi
- ☐ Étudiant(e) à temps plein ou à temps partiel
- ☐ Je ne travaille pas en raison d'incapacités
- ☐ Je m'occupe d'enfants ou d'autres membres de ma famille
- ☐ Retraité(e)
- ☐ Autre (veuillez préciser) :
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

14) **Quel était votre revenu familial total avant impôts l'an dernier?** Ne cochez qu'UNE seule option.

- ☐ Entre 0 et 29 999 \$
- ☐ Entre 30 000 \$ et 59 999 \$
- ☐ Entre 60 000 \$ et 89 999 \$
- ☐ Entre 90 000 \$ et 119 999 \$
- ☐ Entre 120 000 \$ et 149 999 \$
- ☐ 150 000 \$ et plus
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

15) **Combien de personnes vivent de ce revenu?** Écrivez le nombre de personnes OU cochez UNE option.

- ☐ _____ personne(s)
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

ANNEXE 3 : TABLEAUX RELATIFS AU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Les tableaux ci-dessous montrent les fréquences pour chaque question comprise dans le sondage.

Q1. Comment évaluez-vous votre état général de santé mentale?

	n=	100
		%
Case supérieure (Excellent/plutôt bon)		72
Excellent		43
Plutôt bon		29
Moyen		18
Plutôt médiocre		4
Médiocre		3
Case inférieure (plutôt médiocre/médiocre)		7
Je ne sais pas		1
Je préfère ne pas répondre		2

Q2. Comment évaluez-vous le niveau de stress que vous éprouvez la plupart du temps? La plupart du temps, je me sens :

	n=	100
		%
Case supérieure (Extrêmement/très stressé[e])		23
Extrêmement stressé(e)		3
Très stressé(e)		20
Un peu stressé(e)		52
Pas du tout stressé(e)		18
Case inférieure (un peu/pas du tout stressé(e))		70
Je ne sais pas		3
Je préfère ne pas répondre		2
Aucune de ces réponses		2

Q3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi de la discrimination ou un traitement injuste dans un quelconque aspect de votre vie?

	n=	100
		%
Oui		47
Non		40
Je ne sais pas		11
Je préfère ne pas répondre		2

4. Comment évaluez-vous vos liens avec les autres membres de votre communauté?

	n=	100
		%
Case supérieure (De nombreux/plusieurs liens)		48
De nombreux liens		15
Plusieurs liens		33
Quelques liens		39
Aucun lien		8
Case inférieure (Quelques liens/aucun lien)		47
Je ne sais pas		3
Je préfère ne pas répondre		2

Q5. Comment évaluez-vous votre niveau de connaissances à propos des questions liées à la santé mentale?

	n=	100
		%
Case supérieure (Très bonne/bonne connaissance)		59
Très bonne connaissance		15
Bonne connaissance		44
Neutre		30
Faible connaissance		6
Aucune connaissance		1
Case inférieure (Faible/aucune connaissance)		7
Je ne sais pas		3
Je préfère ne pas répondre		1

Q6. Qu'éprouvez-vous lorsque vous apprenez que quelqu'un souffre d'une maladie mentale?

	n=	100
		%
De l'inquiétude ou de la tristesse		51
De la peur		3
De l'espoir		13
Toutes ces réponses		23
Aucune de ces réponses		6
Je ne sais pas		3
Je préfère ne pas répondre		1

Q7. Selon vous, la maladie mentale peut être causée par :

	n=	100
		%
La génétique : un membre de la famille est atteint de cette maladie	5	
Des expériences difficiles et des facteurs de stress environnementaux	27	
Une malédiction ou une punition pour un acte répréhensible	1	
Toutes ces réponses	24	
Réponses A et B	40	
Je ne sais pas	1	
Je préfère ne pas répondre	2	

Q8. La plupart des gens estiment que le recours à un traitement pour un problème de santé mentale est un signe d'échec personnel.

	n=	100
		%
Case supérieure (Tout à fait d'accord/d'accord)	40	
Tout à fait d'accord	13	
D'accord	27	
Ni d'accord ni en désaccord	8	
En désaccord	25	
Pas du tout d'accord	23	
Case inférieure (En désaccord/pas du tout d'accord)	48	
Je ne sais pas	3	
Je préfère ne pas répondre	1	

Q9. La plupart des gens ont moins d'estime pour une personne qui a un problème de santé mentale.

	n=	100
		%
Case supérieure (Tout à fait d'accord/d'accord)	66	
Tout à fait d'accord	15	
D'accord	51	
Ni d'accord ni en désaccord	12	
En désaccord	12	
Pas du tout d'accord	6	
Case inférieure (En désaccord/pas du tout d'accord)	18	
Je ne sais pas	2	
Je préfère ne pas répondre	1	
Ne s'applique pas	1	

Q10. Si vous avez besoin d'aide pour votre santé mentale, dans quelle mesure êtes-vous à l'aise d'en parler à votre famille ou à vos amis?

	n=	100
		%
Case supérieure (Très à l'aise/à l'aise)		45
Très à l'aise		20
À l'aise		25
Plutôt à l'aise		27
Pas du tout à l'aise		27
Case inférieure (Plutôt à l'aise/pas du tout à l'aise)		54
Je ne sais pas		0
Je préfère ne pas répondre		1
Ne s'applique pas		0

Q11. Qu'est-ce qui vous empêcherait de parler de vos besoins en santé mentale à un ami ou à un membre de votre famille?

	n=	100
		%
Je ne veux pas qu'on me juge		37
Je ne veux pas qu'on me perçoive comme une personne faible		25
Un manque de confiance		13
La peur		7
Toutes ces réponses		28
Je ne sais pas		6
Je préfère ne pas répondre		2
Ne s'applique pas		8

Q12. Si vous ou quelqu'un que vous connaissez aviez besoin de services de santé mentale, à quelles ressources feriez-vous appel pour obtenir ces services?

	n=	100
		%
Hôpital		55
Centres de santé communautaires		50
Cliniques privées		29
Centres confessionnels		33
À domicile (membres de la famille)		15
Aucune de ces réponses		1
Je ne sais pas		7
Je préfère ne pas répondre		2
Ne s'applique pas		<1

Q13. Avez-vous déjà tenté d'accéder à des services de santé mentale pour vous-même ou pour un être cher?

	n=	100
		%
Oui		35
Non		62
Je ne sais pas		2
Je préfère ne pas répondre		1
Ne s'applique pas		0

Q14. Comment évaluez-vous les services reçus des ressources en santé mentale?

	n=	100
		%
Case supérieure (Excellents/très bons/bons)		26
Excellents		8
Très bons		6
Bons		12
Passables		12
Mauvais		6
Très mauvais		2
Case inférieure (Passables/mauvais/très mauvais)		20
Je ne sais pas		21
Je préfère ne pas répondre		3
Ne s'applique pas		30

Q15. Selon vous, quel est le plus grand obstacle à l'accès aux services?

	n=	100
		%
Le temps d'attente		19
L'emplacement des services qui ne me convient pas		9
La barrière linguistique		2
Le coût des services		19
Le fournisseur de services ne comprend pas mes besoins		18
Toutes ces réponses		8
Je ne sais pas		17
Je préfère ne pas répondre		2
Ne s'applique pas		29
Autre, veuillez préciser		0
Aucune de ces réponses		5

Q16. Selon vous, qu'est ce qui pourrait améliorer votre expérience des services de santé mentale et vous faciliter l'accès à ces services?

	n=	100
		%
L'accès à un fournisseur de services qui parle ma langue		13
L'accès à un fournisseur de services qui comprend mes besoins		38
Du personnel respectueux de ma culture		36
La proximité des lieux		19
Le caractère abordable des services		36
Un accès facile aux services d'aide		30
Je ne sais pas		6
Je préfère ne pas répondre		2
Toutes ces réponses		17
Ne s'applique pas		9
Autre, veuillez préciser		<1
Aucune de ces réponses		1

Q17. Vos fournisseurs de services et autres membres du personnel vous ont-ils bien traité(e)?

	n=	100
		%
Oui, absolument		24
Oui, dans une certaine mesure		23
Non		3
Je ne sais pas		29
Je préfère ne pas répondre		8
Ne s'applique pas		13

Q18. Est-ce que votre état et votre traitement vous ont été expliqués en des termes que vous pouviez comprendre?

	n=	100
		%
Oui, absolument		16
Oui, dans une certaine mesure		22
Non		4
Je ne sais pas		35
Je préfère ne pas répondre		8
Ne s'applique pas		15

Q19. Vos fournisseurs de services vous informent-ils de ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé mentale?
Avez-vous reçu des instructions pour le suivi?

	n=	100
		%
Oui, absolument		14
Oui, dans une certaine mesure		23
Non		10
Je ne sais pas		34
Je préfère ne pas répondre		6
Ne s'applique pas		13

Q20. Avez-vous le sentiment que votre fournisseur de services a des préjugés ou une attitude négative à votre égard lorsque vous interagissez avec lui?

	n=	100
		%
Oui, absolument		5
Oui, dans une certaine mesure		12
Non		33
Je ne sais pas		31
Je préfère ne pas répondre		6
Ne s'applique pas		13

Q21. Dans l'affirmative, qu'est-ce qui vous a amené(e) à penser cela?

	n=	100
		%
Des commentaires à mon sujet		6
Le sentiment de ne pas être le ou la bienvenu(e)		6
Une attitude condescendante		9
Des suppositions		9
Je ne sais pas		12
Je préfère ne pas répondre		5
Toutes ces réponses		3
Ne s'applique pas		59
Autre, veuillez préciser		2

Q22. Les fournisseurs de services de santé respectent-ils vos croyances au sujet de votre santé mentale?

	n=	100
		%
Oui, absolument		18
Oui, dans une certaine mesure		20
Non		5
Je ne sais pas		21
Je préfère ne pas répondre		4
Ne s'applique pas		32

ANNEXE 4 : GLOSSAIRE

ACN : Communautés africaine, caribéenne et noire; Noirs : désigne toutes les personnes d'origine africaine.

Diversité : désigne la compréhension selon laquelle chacun est unique, ainsi que la reconnaissance et le respect des différences individuelles. Celles-ci peuvent être liées à la race, à l'âge, au sexe, à l'origine ethnique, à l'orientation sexuelle, au statut socio-économique, aux affiliations religieuses et politiques, aux capacités physiques, etc. Il est important de noter que si les membres des communautés ACN partagent certains points communs, ils ne constituent pas un groupe homogène.

Identité partagée : désigne les similitudes sociales/ethniques qui permettent aux individus de s'identifier et de reconnaître des croyances communes en fonction de la race, des affinités culturelles, de la langue, de la religion, des racines géographiques et du sens de l'histoire (Fox, 2001).

Inclusion sociale : désigne le processus d'amélioration des conditions qui permettront aux individus et aux groupes des communautés ACN de participer de manière positive à la société. Par exemple, l'amélioration des capacités et des possibilités au sein des quartiers défavorisés leur permettrait de s'intégrer correctement dans la société.

L'équité en matière de santé : désigne le concept selon lequel chaque individu a des chances équitables d'atteindre un état de santé optimal en réduisant ou en éliminant les obstacles injustes et inéquitables (SPO, 2020).

Microagression : désigne les insultes, injures ou offenses quotidiennes, verbales, non verbales, environnementales et institutionnalisées qui communiquent des messages négatifs, désobligeants ou traumatisants aux personnes ou groupes cibles, en fonction de leur couleur de peau et de leur race. Cela peut être intentionnel ou non intentionnel (Singleton, 2013).

Naïfs sur le plan culturel : individus, groupes ou organisations ne reconnaissent pas l'importance de la culture et n'ont pas fait d'efforts pour s'informer sur l'importance d'être sensibilisé à la culture pour obtenir de meilleures performances.

Pratique antioppressive : stratégies pour construire le pouvoir de manière à s'attaquer aux inégalités systémiques et à celles qui opèrent au niveau individuel, social, organisationnel ou institutionnel, de manière à limiter les stratégies oppressives ou à s'y opposer (Yee et al, 2006).

Racisme anti-noir : discrimination, préjugés, stéréotypes, attitudes ou croyances visant les personnes d'origine africaine et leur communauté, enracinés dans leur histoire et leurs expériences uniques de l'esclavage et de la colonisation (Centennial College, 2020).

Renforcement des capacités : désigne le processus par lequel les individus et les personnes des communautés ACN possèdent les connaissances et les ressources, conservent les compétences et les capacités qui peuvent créer un environnement propice à la transformation.

Savoir-faire culturel : capacité d'un individu, d'un groupe, d'une institution/organisation à comprendre, à communiquer et à interagir efficacement avec des personnes de cultures différentes (cultures ACN) en étant conscient de sa propre vision du monde, en développant des attitudes positives envers la différence culturelle, en améliorant les compétences de communication et en acquérant une connaissance des différentes cultures (CREVAWC, 2017).

Sensibilité culturelle : conscience de soi des similitudes et des différences culturelles qui existent avec les membres des communautés sans leur attribuer une valeur — qu'elles soient positives ou négatives, bonnes ou mauvaises, meilleures ou pires (Dabbah, 2020).

ANNEXE 5 : FORMATIONS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ CULTURELLE ET DE LUTTE CONTRE LE RACISME

Apprentissage électronique de la CODP — Commission ontarienne des droits de la personne

Le site d'apprentissage en ligne de la CODP offre à tous les Ontariens la possibilité de s'informer sur leurs droits et responsabilités en matière de droits de la personne. Le programme d'apprentissage en ligne de la CODP est intéressant et instructif et les participants peuvent apprendre à leur rythme, au moment qui leur convient. Les sujets abordés comprennent le racisme, la discrimination raciale et les droits de la personne.

<http://www.ohrc.on.ca/fr/learning/learning>

Éducation et formation — Fondation canadienne des relations raciales

La Fondation canadienne des relations raciales s'engage à fournir un soutien pour l'éducation transformatrice et des initiatives de formation dans la poursuite de l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale au Canada.

L'éducation et les initiatives de formation mettent l'accent sur le renforcement des capacités des organisations afin qu'elles puissent créer des environnements justes, équitables et inclusifs. Le travail de la Fondation a franchi divers segments de la société canadienne et a inspiré les apprenants à valoriser la diversité, à communiquer au-delà des différences et à transformer l'injustice afin que tous les membres puissent réussir et atteindre leur plein potentiel.

<https://www.crrf-fcrr.ca/fr/programmes-et-initiatives/education-and-formation>

Le Canada au-delà de 150 ans — S'informer sur le racisme

La FCRR a mis au point un programme en ligne exclusif et gratuit qui a réuni une "faculté" d'experts en la matière pour créer un programme d'études et un ensemble de matériel de lecture. Les apprenants, issus de plusieurs secteurs, liront le matériel fourni et participeront à des cours dirigés par des membres de la faculté qui sont des experts du sujet de discussion.

Vous souhaitez suivre le programme ou coordonner l'apprentissage pour votre équipe?

Veuillez envoyer un courriel à la CRRF à s.priyatharsan@crrf-fcrr.ca comprenant : 1) votre nom complet 2) votre adresse électronique préférée et 3) votre expérience professionnelle pour vous inscrire au cours.

<https://www.crrf-fcrr.ca/fr/canada-au-dela-de-150/apprendre-sur-le-racisme>

Série de webinaires de la FCRR — Fondation canadienne des relations raciales

La Fondation canadienne des relations raciales organise régulièrement des webinaires portant sur des sujets divers concernant le racisme, les relations raciales, et le multiculturalisme au Canada. Des informations sur les webinaires organisés dans le passé, incluant des enregistrements vidéo, sont également offertes.

<https://www.crrf-fcrr.ca/fr/programmes-et-initiatives/webinaires>

- **Balados — Race, santé et bonheur**

ANNEXE 6 : RÉFÉRENCES

Andersen, R., et J. Newman. « Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States », *Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, (2005). En ligne seulement. Saisi de : <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>

Anderson, K., J. Cheng, E. Susser, K. McKenzie et P. Kurdyak. « Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario », (recherche), *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 187(9), E279–E286, (2015). Saisi de : <https://doi.org/10.1503/cmaj.141420>

Anderson, K., N. Flora, M. Ferrari, A. Tuck, S. Archie, S. Kidd, [...] K. McKenzie. « Pathways to First-Episode Care for Psychosis in African-, Caribbean-, and European-Origin Groups in Ontario », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 60, n° 5, 223–231 (2015). Saisi de : <https://doi.org/10.1177/070674371506000504>

Barankin, T., N. Khanlou. « Growing Up Resilient: Ways to Build Resilience in Children and Youth » (en anglais), Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), (2007). Saisi de : <https://www.camh.ca/en/health-info/guides-and-publications/growing-up-resilient>

Benzeval, M., K. Judge et M. Whitehead. *Tackling inequalities in health: an agenda for action*, King's Fund, 1995.

Block, S., G. Galabuzi, R. Tranjan. « Canada's Colour Coded Income Inequality » (en anglais), Centre canadien de politiques alternatives, (2019). Saisi de : <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/canadas-colour-coded-income-inequality>

Brown, T., D. Williams, J. Jackson, H. Neighbors, M. Torres, S. Sellers, K. Brown et T. Brown. « Being Black and Feeling Blue: The Mental Health Consequences of Racial Discrimination », *Race & Society*, vol. 2 n° 2, 1999, 117-131. Saisi de : <http://search.proquest.com/docview/60441538/>

Newbold, K. Bruce. « Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect », *Social Science & Medicine*, vol. 60, n° 6, (2005), 1359–1370. Saisi de : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.048>

Caron, J., et A. Liu. « A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 30, n° 3, (2010), 84–94. Saisi de : <http://search.proquest.com/docview/1112243122/>

Centennial College. « Anti-Black Racism », (2020). Saisi de : <https://www.centennialcollege.ca/centres-institutes/centre-for-global-citizenship-education-and-inclusion/social-action-cards/anti-black-racism/>

Dabbah, M. « What is Cultural Sensitivity? », Red Shoe Movement, (2020). Saisi de : <https://redshoemovement.com/what-is-cultural-sensitivity/#:~:text=Cultural%20sensitivity%20is%20being%20aware,or%20worse%2C%20right%20or%20wrong.>

De Maio, F. et E. Kemp. « The deterioration of health status among immigrants to Canada », *Global Public Health*, vol. 5, n° 5, (2010), 462–478. Saisi de : <https://doi.org/10.1080/17441690902942480>

Du Mont, J. et T. Forte. « An exploratory study on the consequences and contextual factors of intimate partner violence among immigrant and Canadian-born women », *BMJ Open*, vol. 2, n° 6, (2012). Saisi de : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001728>

Fox, J. « Religious Causes of International Intervention in Ethnic Conflicts », *International Politics*, vol. 38, n° 4, (2001), 515-532. Saisi de : <https://doi.org/10.1057/palgrave.ip.8897050>

Erward-Galabuzi, Grace. *Canada's economic apartheid: the social exclusion of racialized groups in the new century*, Canadian Scholars' Press, 2006.

Gara M., S. Minsky, S. Silverstein, T. Miskimen et S. Strakowski. « A Naturalistic Study of Racial Disparities in Diagnoses at an Outpatient Behavioral Health Clinic », *Psychiatric Services*, vol. 70, n° 2, (2019), 130–134. Saisi de : <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800223>

Gelberg, L., R. Andersen et B. Leake. « The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people », *Health Services Research*, vol. 34, n° 6, (2000), 1273–1302. Saisi de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089079/>

Gray, Kimberly, Liviana Calzavara, Wangari Tharao, Ashley Johns, Ann Burchell, Robert Remis, Ted Myers, Carol Swantee et Catherine Chalin. « The East African Health Study in Toronto (EAST): Results from a Survey of HIV and Health-Related Behaviour, Beliefs, Attitudes, and Knowledge », (2008). Saisi de : https://www.researchgate.net/publication/287986519_The_East_African_Health_Study_in_Toronto_EAST_Results_from_a_Survey_of_HIV_and_Health-Related_Behaviour_Beliefs_Attitudes_and_Knowledge/citations

Hansson E., A. Tuck, S. Lurie, K. McKenzie, Commission de la santé mentale du Canada. «Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: Issues and options for service Improvement » (en anglais), (2010).

Hines-Martin, V., M. Malone, S. Kim et A. Brown-Piper. « Barriers to Mental Health Care Access in an African American Population », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 24, n° 3, (2003), 237–256. Saisi de : <https://doi.org/10.1080/01612840305281>

Kawaii-Bogue, B., N. Williams et K. MacNear. « Mental Health Care Access and Treatment Utilization in African American Communities: An Integrative Care Framework », *Best Practices in Mental Health*, vol. 13, n° 2, (2017), 11-9.

Laveist, T. A. « Why we should continue to study race... but do a better job: An essay on race, racism and health », *Ethnicity and Disease*, vol. 70, n°s 1-2, (1996), 21-29. Saisi de : <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/why-we-should-continue-to-study-race-but-do-a-better-job-an-essay-4>

LaVeist, T., R. Thorpe, J. Galarraga, K. Bower et T. Gary-Webb. « Environmental and Socio-Economic Factors as Contributors to Racial Disparities in Diabetes Prevalence », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 24, n° 10, (2009), 1144–1148. Saisi de : <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1085-7>

Université Western, Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children. « What does it mean to be culturally competent? », *Make It Our Business*, (2017). Saisi de : <http://makeitourbusiness.ca/blog/what-does-it-mean-be-culturally-competent#:~:text=Cultural%20competence%20is%20the%20ability,cultural%20practices%20and%20world%20views>

Nazroo, J. « Rethinking the relationship between ethnicity and mental health: the British Fourth National Survey of Ethnic Minorities », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, n° 4, (1998), 145–148. Saisi de : <https://doi.org/10.1007/s001270050036>

Neeleman, J., V. Mak, S. Wessely. « Suicide by age, ethnic group, coroners' verdicts and country of birth: A three-year survey in inner London », *British Journal of Psychiatry*, vol. 171, n° 5, (1997), 463–467. Saisi de : <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/suicide-by-age-ethnic-group-coroners-verdicts-and-country-of-birth/241F99F0BDCE0084B040FF904E55C458>

Nestel, S. « Colour Coded Health Care: The Impact of race and Racism on Canadians' Health », Wellesley Institute, (2012). Saisi de : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-Sheryl-Nestel.pdf>

Ng, E., R. Wilkins, F. Gendron, J. Berthelot. « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* », Statistique Canada (2005). Saisi de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-618-m/82-618-m2005002-fra.htm>

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Santé publique Ontario. « Équité en matière de santé », (2020). Saisi de : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/health-equity>

Santé publique Ottawa. Résultats pour Ottawa, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2017*, Fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada (2019).

Pahwa, P., C. Karunanayake, J. McCroskey et L. Thorpe. « Longitudinal trends in mental health among ethnic groups in Canada », *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, vol. 32, n° 3, (2012), 164–176. Saisi de : <http://search.proquest.com/docview/1024097642/>

Patterson, A. et G. Veenstra. « Black-White health inequalities in Canada at the intersection of gender and immigration », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 107, n° 3, (2016), e278–e284. Saisi de : <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5336>

Canada. Agence de la santé publique du Canada. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (2020). Saisi de : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/>

Singleton, K., D. Sue et K. Singleton. Review of « Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation », *Psychoanalytic Psychology*, vol. 30, n° 4, (2013), 680–685. Saisi de : <https://doi.org/10.1037/a0033932>

Shapcott, M. *Colour of Poverty Campaign*, Wellesley Institute (2007). Saisi de : https://www.wellesleyinstitute.com/housing/colour_of_poverty_campaign/

Statistique Canada. *Enquête nationale auprès des ménages, Ottawa (Ontario)*, (2011a). Saisi de : <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/index-fra.cfm?LANG=F&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=0&PRID=0&P&TYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=0&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>

Statistique Canada. Série « Perspective géographique » – Ottawa. Ottawa (Ontario) (2011b). Saisi de : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/fogs-spg/Facts-csd-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CSD&GC=3506008>

Statistique Canada. Profil de l'ENM, 2011 : Ottawa (Ontario), (2011c). Saisi de : <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

Statistique Canada. *La population noire au Canada : éducation, travail et résilience*, (2020). Saisi de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2020002-fra.pdf>

Tharao, W., J. Liu, W. Husbands, R. Kaul, J. Thomas-Pavanel, L. Nelson, M. Loutfy, A. Rebapragada, R. S. Remis. *HIV-related sexual behaviours among African - Caribbean men in Toronto, Ontario*. Exposé dans un congrès, (2014). Saisi de : http://www.whiwh.com/sites/default/files/CAHR%20poster_Sexual%20Behaviours%20of%20Black%20Heterosexual%20Men-KALI%20Study_2014_web_0.pdf

Thomson, M., F. Chaze, U. George et S. Guruge. « Improving Immigrant Populations' Access to Mental Health Services in Canada: A Review of Barriers and Recommendations », *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 17, n° 6, (2015), 1895–1905. Saisi de : <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3>

Veenstra, G. Black, « White, Black and White: mixed race and health in Canada », *Ethnicity & Health*, vol. 24, n° 2, (2019), 113–124. Saisi de : <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315374>

Organisation mondiale de la santé. « Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice », (résumé de rapport) Geneva: World Health Organization (2004). Saisi de : http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Yee, J.Y., H. Wong et A. Janczur. *Examining systemic and individual barriers of ethno-racial minority social workers in mainstream social service agencies: a community project*, Toronto, Canada. Financé par Patrimoine canadien, Ressources humaines et Développement des compétences Canada et la Faculté des services communautaires de l'Université Ryerson, (2006).

SantePubliqueOttawa.ca
OttawaPublicHealth.ca