

Recherche qualitative originale

L'accès des jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale

**Bukola Salami, IA, Ph. D.; Benjamin Denga, M.B.A.; Robyn Taylor; Nife Ajayi; Margot Jackson, IA, Ph. D.;
Msgana Asefaw, B. Éd.; Jordana Salma, IA, Ph. D.**

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Cette étude vise à examiner les obstacles qui limite l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale en Alberta.

Méthodologie. Pour comprendre l'accès aux soins de santé des jeunes Noirs en Alberta, tant ceux qui sont nés au Canada que ceux qui y ont immigré, nous avons utilisé une méthodologie de recherche-action dirigée par les jeunes dans le cadre d'un modèle d'autonomisation des jeunes qui s'inscrit dans la théorie de l'intersectionnalité. Le projet de recherche a été dirigé conjointement par un comité consultatif composé de dix jeunes, qui ont donné des conseils et contribué concrètement à la recherche. Sept membres du comité consultatif ont également recueilli des données, animé conjointement des cafés-causeries, analysé les données et contribué aux activités de diffusion. Nous avons réalisé des entretiens individuels approfondis et organisé quatre groupes de discussion de type café-causerie avec 129 jeunes au total. Au cours des cafés-causeries, les jeunes ont pris l'initiative de cibler leurs sujets de préoccupation et d'expliquer les répercussions de ceux-ci sur leur vie. Grâce à un codage rigoureux et à une analyse thématique des données, à la réflexivité et à la vérification par les membres, nous nous sommes assurés de la fiabilité de nos résultats empiriques.

Résultats. Nos résultats mettent en lumière les principaux obstacles susceptibles de limiter l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale, notamment le manque d'inclusion et de sécurité culturelles, le manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale, le coût des services en santé mentale, les obstacles géographiques, la stigmatisation et le jugement, de même que les limites de la résilience.

Conclusion. Les résultats confirment l'existence d'obstacles divers et cumulatifs qui, ensemble, perpétuent un accès et un recours négativement disproportionnés des jeunes Noirs aux services en santé mentale. D'après notre étude, les intervenants responsables des politiques et des pratiques en matière de santé devraient prendre en compte les recommandations suivantes pour éliminer les obstacles : diversifier le personnel des services en santé mentale, augmenter la disponibilité et la qualité des services en santé mentale dans les quartiers où la population noire est prédominante et intégrer des pratiques antiracistes et des compétences interculturelles dans la prestation des services en santé mentale.

Mots-clés : Africain, Alberta, Caraïbes, jeunes, Noir, santé mentale

Introduction

Les troubles de santé mentale et de consommation de substances forment une part importante du fardeau mondial de

morbilité et sont d'ailleurs la principale cause d'invalidité dans le monde^{1,2}. Cette situation est aggravée par un écart dans les services : à l'échelle mondiale, 70 % des personnes en ayant besoin ne peuvent

Points saillants

- Les jeunes Noirs se butent à des obstacles au moment d'accéder à des services en santé mentale.
- Parmi les facteurs qui limitent l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale, mentionnons le manque systémique d'inclusion et de sécurité culturelles, le manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale, le coût de ces services, les obstacles géographiques et de localisation, la stigmatisation et les jugements et enfin les limites à la résilience.
- Pour éliminer les obstacles aux services en santé mentale auxquels font face les jeunes Noirs, les décideurs doivent diversifier le personnel de ces services, en augmenter la disponibilité et la qualité dans les quartiers où la population noire est prédominante et intégrer des pratiques antiracistes et des compétences interculturelles dans la prestation des services en santé mentale.

pas accéder à des services en santé mentale de qualité². Ces disparités sont issues de modèles de prestation de services fragmentés, d'une pénurie mondiale de fournisseurs de services en santé mentale qualifiés, d'infrastructures limitées et de pénuries en ressources humaines². Le manque d'accès est exacerbé par des déterminants sociaux tels que la pauvreté, la stigmatisation et la défavorisation sociale : par exemple, les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur font

Rattachement des auteurs :

Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Correspondance : Bukola Salami, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, 11405, 87^e avenue, Edmonton (Alberta) T6G 1C9; tél. : 780-248-1801; courriel : bukola.salami@ualberta.ca

traditionnellement face à des coûts élevés, à des temps d'attente plus longs, à des services de moindre qualité et à des soins inadéquats^{3,4}, autant de circonstances qui draînent l'accès fiable et le recours aux services en santé mentale.

Les travaux de recherche qui portent sur les obstacles aux soins de santé mettent en évidence la nécessité d'un modèle de soins équilibré ou de soins primaires en santé. Dans les modèles dits « communautaires », les services en santé mentale sont offerts de manière holistique, parallèlement aux services locaux et au sein de la collectivité plutôt qu'en établissement^{5,6}. Ces modèles vont au-delà des cadres de diagnostic et de traitement et considèrent que les stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale sont tout aussi importantes. Ils favorisent également l'élaboration de services en santé mentale qui répondent aux besoins précis des groupes et des personnes qui y ont accès⁶⁻⁹.

Les obstacles à l'accès et au recours aux services en santé mentale sont en grande partie systémiques et touchent de manière disproportionnée les individus ayant un statut socioéconomique inférieur, les immigrants, les réfugiés et les minorités dites « racisées ». Les immigrants nouvellement arrivés au Canada sont deux fois plus susceptibles d'avoir des difficultés à accéder à des soins que les Canadiens de longue date⁸. Les réfugiés utilisent moins les services en santé mentale que les non-immigrants, malgré le fait que les conditions de déplacement et de migration forcés les exposent davantage aux troubles de santé mentale^{10,11}. Les individus ayant un statut socioéconomique inférieur, qui ont des difficultés à accéder à des services, sont susceptibles d'avoir une santé mentale autodéclarée moins bonne et une espérance de vie plus courte et sont également vulnérables aux maladies graves ou chroniques^{4,12}. Les minorités ethniques subissent souvent des disparités plus marquées que les populations blanches en matière de soins de santé et, non seulement ces disparités compromettent la qualité des soins reçus, mais elles réduisent le niveau de confiance envers le système de soins de santé¹³⁻¹⁵.

Les difficultés d'accès aux services en santé mentale sont accrues pour les individus cumulant plusieurs de ces caractéristiques (ou identités)^{3,8,12}. Du point de vue de la santé publique, il serait donc

justifié d'accorder une attention plus concertée à ces populations.

La colonisation, le racisme structurel ainsi que les injustices et les iniquités systémiques ont soumis les Noirs aux conditions socioéconomiques défavorables, à la discrimination et à un accès restreint aux systèmes de soutien et de soins de santé^{16,17}. Aux États-Unis, les jeunes Noirs sont moins susceptibles de recourir aux services en santé mentale que leurs homologues blancs¹⁸, alors qu'ils risquent davantage de recevoir un diagnostic de trouble dépressif majeur et sont six fois plus susceptibles de mourir par suicide à cause de leur dépression^{19,20}.

En 2016, environ 1,2 million de personnes noires vivaient au Canada, dont 198 610 jeunes âgés de 15 à 24 ans²¹. Par rapport à la moyenne nationale, une proportion plus élevée de personnes noires vit dans un milieu à faible revenu, connaît des niveaux d'emploi inférieurs, atteint des niveaux de scolarité moins élevés et subit un écart salarial spécifique²². Si rien n'est fait pour remédier à cette situation, ces conditions sociales – combinées au jeune âge de cette population, qui accroît la vulnérabilité aux problèmes de santé mentale – exposent les populations noires à des crises de santé mentale²³⁻²⁵.

Des travaux de recherche antérieurs sur les expériences des immigrants et des réfugiés noirs avec le système de santé canadien ont révélé que la stigmatisation, le racisme, la discrimination, le manque de connaissances en matière de santé mentale, les coûts, le manque de services adaptés sur le plan culturel et l'inaccessibilité constituaient des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé^{20,26}. Bien que la province de l'Alberta ait la population de Canadiens noirs qui croît le plus rapidement, avec 129 390 personnes dont 17 530 jeunes de 15 à 24 ans²¹, à notre connaissance, aucune recherche n'a porté sur la santé mentale des jeunes Noirs en Alberta.

Cette étude qualitative visait à recenser les obstacles et les facteurs favorables aux soins en santé mentale pour les jeunes Noirs en Alberta. Notre question de recherche était la suivante : quels sont les obstacles et les facteurs favorables à l'accès et au recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale en Alberta?

Méthodologie

Modèle d'autonomisation des jeunes

Pour comprendre l'accès des jeunes Noirs aux soins de santé, nous avons utilisé un modèle d'autonomisation des jeunes qui s'inscrit dans la théorie de l'intersectionnalité. En créant un milieu sûr et accueillant et en favorisant une participation significative, nous avons pu avoir accès aux récits de vie et aux répercussions de la marginalisation sociale, économique et politique que vivent les populations noires^{27,28}. L'utilisation du modèle d'autonomisation permet aussi d'équilibrer la dynamique de pouvoir entre adultes et jeunes, d'offrir des possibilités de développement individuel et collectif ainsi que d'encourager la réflexion critique sur les structures et les processus globaux qui façonnent la vie des jeunes²⁹.

Ces cinq dimensions ont orienté le modèle de recherche de manière à garantir le respect des principes participatifs et citoyens. Des espaces sûrs et propices à la réflexion critique et à la mobilisation collective ont permis aux jeunes de comprendre les forces qui influencent leur vie, de parler de leurs expériences et de prendre conscience de leur capacité à créer le changement. Grâce à un modèle d'autonomisation, nous avons explicitement précisé notre engagement à offrir un espace aux jeunes pour qu'ils puissent s'exprimer et prendre conscience de leurs forces et de leur capacité de résilience en même temps qu'ils prennent également conscience des structures et des récits oppressifs qui les empêchent d'agir.

Approche de recherche-action

Nous avons utilisé une approche de recherche-action dirigée par les jeunes pour mieux comprendre l'accès des jeunes Noirs aux soins de santé. La recherche-action est une approche de recherche collaborative et d'égalisation des pouvoirs qui considère les citoyens comme des partenaires dans le processus de recherche et comme des spécialistes des thèmes qui les préoccupent dans leur vie^{30,31}. Elle repose sur les principes du leadership partagé, de la prise de décision collaborative et de l'établissement d'un lien de confiance entre les chercheurs et les populations. L'objectif est de créer des résultats de recherche valables à long terme et orientés vers l'action.

Un projet de recherche-action de qualité respecte les principes d'autonomisation, de développement des connaissances locales et d'action sociale dans toutes les dimensions du processus de recherche³⁰⁻³². L'utilisation d'un modèle d'autonomisation des jeunes fondé sur la théorie de l'intersectionnalité pour guider le projet de recherche-action a permis à l'équipe de recherche de maintenir la qualité de la recherche tout en s'assurant que les questions choisies étaient utiles à la collectivité : les conclusions de notre projet de recherche s'appuient donc sur les expériences de ses membres et les résultats finaux y favorisent des changements à long terme par la diffusion des connaissances.

Nous avons aussi rédigé des notes de réflexion afin de consigner nos expériences sur le terrain et afin de réfléchir à la manière dont notre positionnement social (en particulier notre origine ethnique et notre sexe/genre) a pu influencer le processus de recherche.

Les jeunes ont participé activement à toutes les étapes du projet de recherche. L'inclusion des jeunes aux étapes de collecte, d'analyse et de rédaction des données a favorisé la transparence, l'appropriation et la légitimité des résultats au sein de la collectivité, ce qui est également crucial pour garantir la rigueur de la recherche-action³³.

Les chercheurs et le comité consultatif

Le projet de recherche a été dirigé conjointement par un comité consultatif composé de dix jeunes, qui ont donné des conseils et aidé concrètement à la réalisation de la recherche. Sept membres du comité consultatif ont également recueilli des données, animé conjointement des cafés-causeries, analysé les données et contribué aux activités de diffusion. Les jeunes ont joué un rôle de premier plan à toutes les étapes de l'étude, de la conception (avant la présentation de la demande de subvention) à la diffusion des résultats (incluant leur participation comme coauteurs de cet article).

Les autres membres de l'équipe de recherche appartenaient à un groupe dit racisé ou avaient une expérience de travail avec des jeunes marginalisés.

Recrutement, intervieweurs et participants à l'étude

Nous avons obtenu une approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche (CER)

de l'Université de l'Alberta (protocole du CER 1 : Pro00079877). Nous avons mené 30 entretiens individuels afin de bien comprendre les difficultés auxquelles font face les jeunes lorsqu'ils souhaitent accéder à des services en santé mentale. Nous avons utilisé des affiches et nous avons fait appel à de jeunes pairs recruteurs pour diffuser le projet de recherche.

Les entretiens ont été menés par de jeunes Noirs et par une assistante de recherche diplômée. Tous ont reçu une formation sur les techniques d'entretien, l'éthique en recherche, les méthodes qualitatives et la recherche participative. Nous avons utilisé un échantillonnage dirigé pour recruter des cas riches en information³² et nous avons poursuivi le recrutement jusqu'à obtention du point de saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que la quantité de données recueillie ait été suffisante pour répondre à la question de recherche de manière à contribuer à la recherche et à la pratique^{34,35}.

Participants à l'étude

Les 129 participants à l'étude ont tous déclaré être Noirs. Ils avaient entre 16 et 30 ans au moment de l'enquête et parlaient couramment anglais. Nous avons interrogé 30 participants et les 99 autres ont participé à nos cafés-causeries. Parmi les participants aux entretiens, 10 ont déclaré être des hommes, 18 des femmes et 2 des personnes non binaires ou d'autre catégorie. Ils étaient majoritairement chrétiens (21) et musulmans (4), 5 d'entre eux ayant déclaré adhérer à une autre religion ou ne pas avoir de religion.

Parmi les participants aux cafés-causeries, 22 ont déclarés être des hommes, 76 être des femmes et 1 personne être non binaire ou relever d'une autre catégorie. Ils étaient majoritairement chrétiens (67) et musulmans (24), 8 ayant déclaré adhérer à une autre religion ou ne pas avoir de religion. Les pays de naissance des participants étaient les suivants : Allemagne, Angleterre, Arabie saoudite, Botswana, Burundi, Canada, Égypte, États-Unis, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Haïti, Jamaïque, Kenya, Liban, Libéria, Libye, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Saint-Martin (Pays-Bas), Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Collecte de données

Les données ont été recueillies en deux phases : les entretiens avec 30 jeunes

Noirs pour la phase 1 et les cafés-causeries avec les 99 autres jeunes Noirs pour la phase 2.

Les entretiens individuels ont duré environ une heure et la plupart ont eu lieu à l'Université de l'Alberta. Ils reposaient sur un questionnaire sociodémographique (disponible sur demande auprès de l'auteure-resource) et sur des questions d'entretien semi-structuré axées sur les expériences personnelles en matière de santé mentale, les obstacles et les facteurs favorables à la santé mentale, les stratégies adaptées sur le plan culturel qui permettent d'améliorer efficacement l'accès et le recours aux services en santé mentale et enfin les répercussions pour la recherche, les politiques et les pratiques.

Au cours de la phase 2, nous avons organisé des cafés-causeries avec les jeunes Noirs. Cela a favorisé la mobilisation et le dialogue des jeunes, car les participants ont pris l'initiative en exposant leurs sujets de préoccupation et en expliquant les répercussions de ces problèmes sur leur vie.

Après avoir réalisé les entretiens individuels, mais avant de tenir les cafés-causeries, l'équipe de recherche et le comité consultatif ont effectué une analyse préliminaire des données issues des entretiens et se sont réunis pour réfléchir aux résultats afin de proposer des thèmes précis pour les cafés-causeries. Ces thèmes reposent sur les données recueillies lors des entretiens et sur l'avis des membres du comité consultatif. Il s'agit des thèmes suivants : introduction à la santé mentale des jeunes Noirs, expérience de l'intersectionnalité et santé mentale, relations intergénérationnelles et santé mentale et enfin politiques en matière de santé mentale.

Les cafés-causeries, qui ont eu lieu une fois par mois durant quatre mois, duraient 3 heures et étaient composés d'une présentation d'environ 20 minutes faite par un conférencier puis de séances de discussion en petits groupes et enfin d'une discussion plus large avec tous les participants. Nous avons pris des notes sur le terrain pour les cafés-causeries et avons recueilli des données sociodémographiques auprès des 99 participants.

Toutes les données ont été transcrrites par un transcripteur qualifié. Les témoignages

cités dans cet article ont été traduits de l'anglais. Nous avons effectué une analyse thématique pour cerner les modèles de données, les analyser et les situer dans les contextes élargis de leur survenue³⁶. L'analyse des données s'est faite en plusieurs étapes : (1) se familiariser avec les données par des lectures répétées des transcriptions, (2) générer des codes initiaux, (3) sélectionner les thèmes selon les codes établis, (4) revoir, élargir et affiner les thèmes choisis, (5) définir les thèmes et leur donner un titre et (6) rédiger le rapport final. Nous avons tenu compte des expériences intersectionnelles à toutes les étapes du processus d'analyse. L'analyse des données a été effectuée par deux jeunes Noirs sous la supervision de la chercheuse principale (BS), spécialiste des méthodes qualitatives.

Résultats

Les participants à l'étude ont relevé les principaux obstacles qui empêchent l'accès et le recours des jeunes Noirs aux services en santé mentale en Alberta. Parmi ces obstacles, mentionnons le manque de sécurité et d'inclusion culturelles, le manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale, les coûts des services en santé mentale, les obstacles géographiques et de localisation, la stigmatisation et le jugement et enfin les limites à la résilience.

Manque de sécurité et d'inclusion culturelles dans la prestation de services

Les participants à l'étude ont relevé la sécurité et l'inclusion culturelles comme une préoccupation majeure. Ils ont mentionné que la population du Canada est majoritairement blanche et que cela a comme effet que de nombreux services offerts dans différents secteurs de la société semblent être conçus spécifiquement pour cette clientèle de personnes blanches, excluant les autres personnes.

Les participants ont décrit le système en santé mentale comme un service d'« altération » qui contribue à l'exclusion et à la marginalisation des personnes noires. Les participants ayant eu recours à des services en santé mentale ont déclaré avoir souvent été exclus et marginalisés par des fournisseurs de soins de santé blancs qui, selon eux, manquaient généralement de connaissances et de formation en matière d'interculturalité et ne comprenaient pas les complexités liées à

l'ethnicité. Étant donné que leur culture et leur origine ethnique définissent une grande partie de leur vie, ces jeunes estimaient que les fournisseurs de services qui n'avaient pas reçu de formation appropriée ne pouvaient pas faire leur travail adéquatement.

Dans le contexte des compétences et de la sensibilisation interculturelles, la majorité des jeunes ont affirmé que la simple idée d'avoir affaire à un fournisseur de soins de santé qui manque de compétences interculturelles suffisait à les dissuader d'accéder à des services en santé mentale. Cette attitude à l'égard de l'accès aux services en santé mentale était associée à une déconnexion perçue, à de l'inconfort et à une insécurité que de nombreux jeunes ont dit ressentir lorsqu'ils ont eu affaire à des services en santé mentale. Une participante a souligné son impuissance lors de la rencontre avec un fournisseur de soins de santé déconnecté de la réalité :

Oh, [je dis que] je suis victime de racisme. Ils m'ont répondu des trucs comme "Quoi? ... tu es certaine? D'accord, je vais te donner quelques [...] stratégies pour t'aider à composer avec ton milieu de travail ou ailleurs." Mais c'est comme, non... J'ai l'impression que quelqu'un qui n'a jamais vécu ça ou qui n'a aucune idée de ce que c'est que de vivre ça a vraiment des difficultés à faire preuve d'empathie, à comprendre et va plutôt juste vous conseiller sur ce que vous pouvez faire ou vous donner des stratégies et des choses comme ça. (participante 010, femme, née au Liban de parents originaires du Soudan du Sud)

Les jeunes craignaient que leurs expériences de racisme ne soient invalidées lors des séances de consultation en santé mentale. Critiquant l'approche « daltonienne » populaire comme étant émotionnellement invalidante, dommageable et épuisante, un jeune a donné son point de vue selon son expérience :

Non... vous ne devriez pas dire ça. Si vous voulez entrer [rires] dans un espace où il n'y a que des Noirs, vous ne pouvez pas dire "Je ne vois pas de couleur." Vous nous invalidisez, nous et nos expériences. Et je sais que vous pouvez reconnaître

ma couleur. Donc, si ces personnes sont celles qui sont censées nous offrir des services, comment pouvons-nous les prendre au sérieux? Ce n'est pas un endroit sûr, vous voyez? Ça pourrait être un élément déclencheur. Vous pourriez être davantage traumatisé ainsi, oui. (participant 013, homme, né au Nigéria)

Lorsqu'ils ont eu l'occasion d'imaginer un centre de services en santé mentale, les participants aux cafés-causeries ont décrit leur centre de services communautaires idéal comme étant un centre situé au cœur de leur quartier, employant des fournisseurs de soins de santé noirs et compétents sur le plan interculturel, présentant des œuvres d'artistes noirs sur les murs et offrant une plus grande variété de services de counseling et de thérapie. Les jeunes ont accordé la priorité au besoin d'assurer une représentation noire dans leurs services, ainsi que d'avoir des praticiens compétents sur le plan interculturel.

Manque de connaissances et d'information sur les services en santé mentale

Une incompréhension générale de la nature de la santé mentale empêche les jeunes Noirs d'accéder aux services. Les participants ont déclaré que, indépendamment de la gravité de crises en santé mentale, ils normalisaient souvent leur mauvais état de santé mentale, ignorant que ce qu'ils vivaient était grave. Ce modèle de réponse aux difficultés en santé mentale se traduit souvent par une incapacité à codifier les symptômes comme étant anormaux en raison de la normalisation répétée d'expériences négatives. L'une des personnes interrogées a relevé que le manque de connaissances l'avait auparavant maintenue dans l'ignorance :

[...] lorsqu'on nomme quelque chose, c'est comme "Oh, alors c'est ce qu'on considère une dépression ou de l'anxiété". J'ai l'impression qu'avant, je ne tenais pas compte des symptômes... Je n'avais pas les mots pour décrire... la situation, si on peut dire. (participante 010, femme, née au Liban de parents originaires du Soudan du Sud)

À ce manque de connaissances s'ajoute une méconnaissance des ressources et des services offerts pour préserver une bonne santé mentale ou pour traiter une crise en

santé mentale, comme l'a mentionné une personne interrogée :

Hum, je pense tout simplement que, dans mon milieu, je ne sais pas à qui m'adresser ou on ne sait pas à qui s'adresser pour trouver des ressources pour garder une bonne santé mentale, ou alors on n'est pas vraiment certains de, genre, ce qu'on peut faire pour rester en bonne santé mentale et s'y engager, vous voyez? Donc ce n'est peut-être pas très accessible. (participante 024, femme, née en Somalie)

Le manque de sensibilisation à la santé mentale et aux services de santé associés conduit à ce que se forme un groupe de population qui ne connaît pas du tout le système de soins en santé mentale. Cette méconnaissance entraîne en outre des retards importants dans l'accès aux services de soutien en matière de santé mentale et la réception de ces services.

Obstacles géographiques, économiques et de localisation

Les participants ont souligné l'existence d'une concentration de fournisseurs de services en santé mentale hors de leur milieu et dans les milieux blancs plus riches. L'appartenance à une minorité visible combinée à un statut socioéconomique inférieur a ainsi créé chez les jeunes un sentiment d'inconfort, d'exclusion ou de ne pas être le bienvenu dans ce contexte, ce qui constitue un obstacle à l'accès aux services. Une participante a émis l'opinion suivante :

Mais [...] tu ne veux pas aller à un endroit où tu n'es même pas à l'aise [...] Et même si tu l'es [...], je ne veux pas aller à un endroit où j'ai l'impression que [...] les gens vont me faire sentir à part... (participante 027, femme, née au Zimbabwe)

La capacité des individus à accéder à des services en santé mentale est aussi fonction de leur classe socioéconomique. La majorité des jeunes que nous avons interrogés faisaient des études supérieures et y consacraient une grande partie de leur temps, de leur énergie et de leur argent. En outre, comme les jeunes Noirs sont généralement issus de milieux socio-économiques défavorisés, ils aident souvent à faire vivre leur famille. Une fois

toutes leurs dépenses comptabilisées, il leur reste rarement assez d'argent pour accéder à des services en santé mentale :

Et donc je sais que je ne gagne pas tant d'argent. J'en gagne assez. Quand tu ajoutes à ça le soutien à la famille, il n'en reste plus beaucoup parfois pour obtenir des services, des services de santé, par exemple. (participant 003, non-binaire, né au Canada)

En plus de générer un sentiment d'inconfort, les obstacles géographiques et de localisation sont également des obstacles physiques à l'accès. En effet, un nombre important de jeunes participants ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas se permettre le déplacement ou le temps de déplacement pour accéder à des services en santé mentale. Ils ont dit que les services doivent être offerts au sein des milieux où la population noire est prédominante afin d'accroître la familiarité, d'atténuer le sentiment d'inconfort ou celui de ne pas se sentir le bienvenu et d'accroître l'accessibilité pour une plus grande partie de la population noire :

Je pense que si nous devons avoir ces services... ils doivent être offerts dans les endroits où se trouvent la plupart d'entre nous, surtout ceux qui sont... qui, je suppose... qui, genre, en auraient le plus besoin. (participante 023, femme, née au Nigéria)

Stigmatisation et jugement au sein des communautés noires

Les participants ont souligné la stigmatisation omniprésente dans leurs communautés à l'égard du système en santé mentale et des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Cette stigmatisation découle d'un manque de connaissances combiné à des croyances culturelles et à des particularités souvent renforcées par les membres de la famille. Les jeunes participants ont mentionné que, dans leur environnement culturel, certaines difficultés de la vie sont glorifiées et considérées comme plus graves que les problèmes de santé mentale. Avoir des problèmes de santé mentale est considéré par certains comme une faiblesse ou un échec de la part de l'individu : il faut qu'il mette ses problèmes de côté parce que leur incidence ne peut être que mineure. Souvent, les jeunes intérieurisent

ce message au point d'assumer une responsabilité personnelle oppressante à l'égard de leur mauvaise santé mentale ou de leur maladie mentale et de sa prise en charge :

[...] ils ne croient pas que la santé mentale est aussi importante que la santé physique, donc ils ont tendance à considérer la santé mentale comme une absurdité ou... comme quelque chose d'exagéré, et ils diraient simplement... de passer par dessus cela. (participant 007, homme, né au Canada)

La stigmatisation se manifeste aussi parfois par une représentation unidimensionnelle des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Certains jeunes ont dit croire en la caricature d'une personne « folle » comme représentative des problèmes en santé mentale. Par conséquent, ces jeunes reportent souvent leur traitement, voire y renoncent, pour éviter d'être perçus de manière négative.

Limites de l'autosuffisance face aux facteurs de stress liés à la santé mentale

Les difficultés et les traumatismes auxquels les Noirs du Canada ont longtemps fait face ont créé une culture d'indépendance où la résilience et l'autosuffisance sont hautement valorisées. On s'attend à ce que les personnes manifestent en surface ces caractéristiques, même en cas d'adversité extrême. Les problèmes de santé mentale étant considérés comme une menace à ce que s'exprime la résilience et l'autosuffisance, les jeunes doivent se débrouiller seuls et en secret, souvent à leur détriment. Les jeunes ont déclaré avoir été encouragés par leur famille et d'autres membres de leur communauté à endurer ou à ignorer les problèmes, malgré l'exacerbation de ces derniers. Ils ont été considérés comme faibles s'ils tentaient de surmonter leurs difficultés et leurs traumatismes, et forts s'ils refusaient de les reconnaître, même si cela réduisait leurs chances d'accéder à des soins. Les récits de deux participantes font écho aux sentiments exprimés par plusieurs autres :

[...] c'est une bonne chose de croire que vous pouvez gérer tout ce que la vie vous réserve, mais quand ça devient évident que ça vous déprime et qu'on vous dit des trucs du genre "Non, non, tu es capable de gérer

ça. Ne t'en fais pas! Tu n'as qu'à t'en servir et à continuer ton chemin!" C'est... un peu démoralisant pour moi, parce que, justement, je ne peux pas faire ça à ce moment-là, et ils me font me sentir plus mal que si je le gardais pour moi. Donc, c'est plus comme... si, par exemple, j'ai une crise d'anxiété ou si mon niveau d'anxiété augmente quand je suis avec eux, je devrais le garder pour moi... (participante 017, femme, née au Canada)

Mes parents [et] la plupart des immigrants [...] nous vivons beaucoup de choses. Je ne peux même pas l'exprimer [...] Je ne suis pas une immigrante, je suis née ici, mais mes parents et mes frères et sœurs, ils ont traversé beaucoup d'épreuves depuis, vous savez, depuis le jour où ils ont mis le pied dans ce monde jusqu'à aujourd'hui, et ils sont toujours aux prises avec des difficultés à ce jour. Ils ont donc cette force que j'admire vraiment, mais souvent, ça signifie que ces choses, le stress, les... vous voyez, ces maladies que nous avons qui ne sont pas seulement physiques... si nous en parlons, c'est comme... c'est comme si nous étions faibles. Ou alors, nous avons vécu tellement de choses que ce n'est même pas une maladie. C'est juste quelque chose que nous traversons. » (participante 027, femme, née au Canada)

Nous avons constaté des différences dans l'état de santé mentale des jeunes Noirs entre les immigrants et les non immigrants : les jeunes dont les parents avaient subi des traumatismes avant de s'établir au Canada avaient du mal à faire comprendre à leurs parents l'importance de la santé mentale. Les participants ont indiqué que leurs parents immigrants avaient souvent la perception que les jeunes devaient être plus forts et aussi résilients que les parents qui avaient subi de graves traumatismes.

Analyse

Il existe de plus en plus de données probantes indiquant que les jeunes Noirs du Canada sont touchés de façon disproportionnée par les difficultés d'accès aux services en santé mentale²⁰. Les résultats de notre étude confirment qu'un certain nombre d'obstacles entravent l'accès des

jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale.

Les répercussions de ces résultats sont présentées dans les sections suivantes.

Inclusion et représentation culturelles

L'accessibilité des services en santé mentale ne doit pas être simplement comprise ou définie comme le fait de recevoir tout type de soins. La nature, la qualité, le contexte et la pertinence des soins ainsi que la satisfaction de la personne qui reçoit ces soins comptent, entre autres facteurs. L'American Institute of Medicine^{37,p.4} considère l'accès comme [traduction] « un vaste ensemble de préoccupations centrées sur la mesure dans laquelle les personnes et les groupes sont capables d'obtenir les services nécessaires de la part du système de soins médicaux » et il le définit comme « l'utilisation en temps opportun des services de santé personnels aux fins de l'obtention des meilleurs résultats possible en matière de santé ».

En général, le premier accès des jeunes Noirs du Canada aux services ou aux interventions en santé mentale se fait en situation de crise, par exemple lorsqu'ils ont des interactions avec le système judiciaire ou lorsqu'ils ont besoin de soins intensifs^{38,39}. Quand leurs symptômes mènent à une dépression, les personnes noires ont tendance à avoir des crises plus graves et plus chroniques que l'ensemble de la population⁴⁰. Ces tendances troublantes méritent une attention sérieuse et des réponses de la part des décideurs en matière de soins de santé et des fournisseurs de services de santé, étant donné la réalité bien établie selon laquelle une mauvaise santé mentale a également une incidence disproportionnée sur la qualité de vie des personnes marginalisées et dites racisées.

Les participants à l'étude considèrent ou croient fermement que le système de santé actuel n'est pas suffisamment convivial ou inclusif, car il n'a pas été conçu en fonction de leurs préoccupations ou de leurs besoins culturels, ce qui explique l'insécurité et la réticence des jeunes Noirs à s'insérer dans le système ou à profiter des services. La méfiance évoquée par le biais de l'absence de services adaptés sur le plan culturel et par les rencontres négatives passées ou anticipées avec les fournisseurs de services contribuent également à l'exclusion des jeunes Noirs, malgré le

risque encouru de voir leur santé et leur qualité de vie se dégrader.

Un autre élément qui décourage les jeunes Noirs d'accéder au système de soins en santé mentale et d'y avoir recours est le manque de proximité de ces services par rapport à leurs milieux, ainsi que la sous-représentation flagrante des Noirs et des fournisseurs de soins de santé ayant des compétences interculturelles lorsque ces services sont accessibles. Ces facteurs, combinés aux coûts exorbitants des services et des médicaments pour les jeunes défavorisés sur le plan socioéconomique, créent un ensemble d'obstacles qui font des services de soins en santé mentale des services de luxe peu attrayants et inaccessibles.

Parmi les causes sous-jacentes de ces obstacles à l'inclusion et à la représentation, mentionnons les systèmes de discrimination, d'iniquité et d'oppression qui, ouvertement ou non, maintiennent le privilège ou l'accès pour certains et l'oppression ou l'exclusion pour d'autres⁴¹⁻⁴⁵. Il incombe donc aux décideurs et aux fournisseurs de services de santé de travailler aux côtés des membres des populations marginalisées et historiquement exclues pour trouver des solutions qui conviennent à tous. Pour ce faire, ils doivent s'efforcer de mieux comprendre les obstacles à l'accès fondés sur la culture, de remettre en question les politiques et les pratiques coloniales et discriminatoires ancrées dans les systèmes et les services de soins de santé et d'explorer des politiques et des modèles de prestation de services délibérément inclusifs qui tiennent compte des différences ethnoculturelles, qui attirent les jeunes Noirs et qui répondent à leurs besoins en matière de soins en santé mentale.

Importance exagérée accordée à la résilience et à l'autosuffisance

Pour plusieurs participants à l'étude, la tendance de certains parents, aînés et membres de la famille à accorder une importance exagérée à la résilience ou à l'autosuffisance a constitué un obstacle à l'accès aux soins en santé mentale. Un recours excessif aux caractéristiques fondées sur les forces peut nuire à l'accès à des soins opportuns et de qualité. Le rôle des traumatismes intergénérationnels ou familiaux et de traits culturels dans la détermination du comportement de recherche d'aide des jeunes Noirs doit être mieux

compris et pris en compte dans les stratégies d'éducation et de prestation de services en santé mentale.

Bien qu'on devrait dissuader les gens à accorder trop d'importance à l'autosuffisance, le rôle de la résilience ne devrait pas être ignoré. La résilience est un processus dynamique par lequel une personne ou un groupe utilise à son avantage les facteurs de protection disponibles, ce qui entraîne des résultats positifs en matière de santé⁴⁶. Certaines approches visant à améliorer la résilience incluent la promotion d'habiletés d'adaptation positives et l'utilisation de ressources externes, comme le soutien familial, susceptibles de protéger la personne contre les effets négatifs sur sa santé mentale⁴⁶. Dans cette étude, les jeunes ont discuté de stratégies d'adaptation négatives comme l'évitement et le manque de soutien familial et collectif en matière de santé mentale. Le modèle d'autonomisation des jeunes que nous avons utilisé pour faire entendre le point de vue des jeunes Noirs fait partie des approches recommandées pour renforcer la résilience des jeunes adultes⁴⁷.

L'un des futurs domaines de recherche consiste à analyser comment les jeunes Noirs, leurs communautés et les personnes de leur milieu peuvent renforcer leur capacité de résilience en utilisant leurs forces collectives intrinsèques et en s'attaquant à la stigmatisation des problèmes de santé mentale. Les programmes d'éducation et de mobilisation qui leur sont spécifiquement destinés peuvent à la fois offrir un accueil aux histoires traumatisantes et faire la preuve des avantages d'une prise en charge des problèmes de santé mentale, qu'ils soient induits par des traumatismes ou d'une autre origine.

En outre, les multiples facteurs de stress sociaux et économiques des familles noires ont vraisemblablement un impact sur les stratégies d'adaptation familiales et les styles parentaux. Par conséquent, pour améliorer l'état de santé mentale des jeunes Noirs, il faut mettre en place des interventions centrées sur le bien-être global de leurs familles⁴⁸. Le fait d'offrir aux jeunes des programmes en santé mentale en ayant recours à des approches axées sur la famille et le milieu a permis d'accroître la participation aux programmes et la stabilité de cette participation ainsi que d'obtenir des résultats positifs en matière de santé mentale. Des travaux

de recherche réalisés précédemment au Canada ont également mis en lumière la nécessité d'approfondir les recherches sur la conception et sur la mise en œuvre de ce type de programmes dans les communautés et collectivités diversifiées sur le plan ethnique et culturel⁴⁹.

Lutte contre la marginalisation intersectionnelle liée à la santé mentale

Les personnes marginalisées cumulant plusieurs caractéristiques et conditions sociales défavorables sont touchées de façon disproportionnée par de nombreux facteurs historiques de discrimination⁵⁰⁻⁵². Les effets multiples et interreliés des obstacles à l'accès aux services décrits dans cette étude sont le signe que les jeunes Noirs en Alberta sont victimes de marginalisation intersectionnelle en matière de santé mentale. Nos conclusions collectives indiquent que ces facteurs intersectionnels cumulatifs, qui sont souvent ignorés, sont ancrés dans des inégalités systémiques et des structures historiques de discrimination qui, sciemment ou non, aggravent les problèmes de santé mentale tout en renforçant l'exclusion des jeunes Noirs de services de qualité en santé mentale.

Cette situation persiste en partie parce que les politiques et les interventions en matière de santé ne ciblent souvent que certains obstacles ou aspects du problème sans tenir compte des facteurs connexes ou croisés qui contribuent au statu quo⁵³. Par exemple, comprendre l'intersectionnalité entre le fait d'être un jeune immigrant noir issu d'une minorité ethnoculturelle et l'appartenance à un statut socioéconomique inférieur, et la façon dont ces différentes situations sociales interagissent et influencent les actions et les motivations des jeunes qui ont besoin d'aide, peut conduire à changer complètement la façon dont les politiques et les services sont conçus et mis en œuvre pour surmonter les obstacles à l'accès.

De même, les solutions aux problèmes d'accessibilité pourraient être plus équitables et pertinentes si elles tenaient compte de l'interaction et du cumul de facteurs décisifs tels que les connaissances en santé mentale, les croyances et les coutumes ethnoculturelles, la stigmatisation et les difficultés structurelles, entre autres obstacles. Le fait d'ajouter les autres dimensions connues à l'origine des disparités sociales (telles que l'âge, le sexe

ou genre, l'orientation sexuelle, etc.) renforce encore la complexité de la situation. Ces facteurs s'influencent mutuellement et influencent les comportements et les motivations des jeunes Noirs en matière de recherche d'aide dans une mesure si profonde que le fait de continuer à les ignorer au profit de réponses plus isolées ou traditionnelles ne pourra aucunement faire disparaître la marginalisation actuelle. Nous estimons que les activités d'élaboration de politiques et de prestation de services de santé devraient reposer sur une meilleure compréhension des identités complexes et croisées des jeunes Noirs et s'attaquer aux multiples sources sous-jacentes de discrimination et d'injustice qui engendrent au sein de cette population une marginalisation intersectionnelle en santé mentale. Cela pourrait permettre d'établir un équilibre, actuellement terriblement nécessaire, et de mobiliser des moyens d'accès plus rapides et meilleurs aux soins en santé mentale pour cette population.

Les résultats de notre étude nous permettent de proposer aux politiques et aux praticiens en matière de santé plusieurs recommandations pour éliminer les obstacles au recours et à l'accès aux soins de santé tout en optimisant les capacités des jeunes Noirs, afin de favoriser un recours accru et un accès durable à ces soins :

- diversifier le personnel des services en santé mentale en embauchant des fournisseurs de services ou des professionnels noirs ayant des compétences interculturelles, en les encadrant et en appuyant leur perfectionnement professionnel;
- augmenter le soutien de plusieurs ordres de gouvernement (fédéral, provincial, municipal) destiné aux organismes des communautés noires qui participent à des activités de qualité et prioritaires en matière de connaissances et de traitements en santé mentale en Alberta;
- intensifier les efforts pour recueillir des données fondées sur l'ethnicité et pour comprendre les obstacles intersectionnels (et les facteurs favorables) à l'utilisation par les jeunes Noirs des services en santé mentale;
- s'attaquer au racisme dont sont victimes les personnes noires en veillant à ce que les fournisseurs de services

- intègrent la lutte contre le racisme à leurs pratiques;
- s'associer à des chercheurs noirs, à des communautés noires et à des organismes de jeunes Noirs pour concevoir et offrir une éducation accessible et adaptée sur le plan culturel qui permette d'améliorer les connaissances en matière de santé mentale;
- faire appel aux services d'éducateurs et de praticiens noirs ou ayant des compétences sur le plan interculturel pour former ou orienter interculturellement les fournisseurs de services en santé mentale;
- affecter des ressources et offrir des services en santé mentale et de bien-être dans les milieux avec forte concentration de jeunes noirs ou de populations dites racisées;
- cibler et éliminer les facteurs systémiques et structurels qui sont à l'origine des inégalités et des obstacles structurels liés à l'accès aux services en santé mentale ou qui les renforcent.

Points forts et limites

Notre projet présente plusieurs points forts : un échantillon de grande taille pour une étude de type qualitatif (129 participants), la participation (après une formation rigoureuse) des jeunes à la collecte des données, le recours à la réflexivité et la vérification par les membres. Cependant, nous n'avons recueilli des données qu'aujourd'hui de jeunes d'Edmonton et nous ne pouvons donc pas généraliser nos conclusions à d'autres parties du pays. Nous fournissons cependant des renseignements contextuels pour faciliter la transférabilité de nos résultats.

L'une des principales faiblesses de notre étude vient du fait que les participants étaient en grande partie des femmes. Les membres du comité consultatif et les assistantes de recherche étaient des femmes, du fait de la direction de notre organisme partenaire, et les assistantes de recherche ont, de plus, principalement recruté des personnes de même sexe/genre. Les prochains travaux de recherche devraient garantir une représentation diversifiée au sein des comités consultatifs.

Conclusion

Comme c'est le cas dans une grande partie de l'Amérique du Nord, l'accès des

jeunes Noirs de l'Alberta à des services en santé mentale de qualité est inégal et inéquitable par rapport à la majorité de la population. Cette situation se perpétue en raison d'une série d'obstacles nuisibles, intersectionnels et liés à des traits culturels, qui se combinent pour exclure les jeunes Noirs des soins de qualité. L'état de marginalisation intersectionnelle en matière de santé mentale qui en découle justifie qu'une attention particulière soit portée à l'hétérogénéité des obstacles à l'accès et qu'une réponse globale adaptée sur le plan culturel soit fournie.

Remerciements

Ce projet a été financé par Policywise for Children and Families (numéro de subvention : 17SM-Salami). Nous remercions également les membres du groupe YEG TheComeUp du Centre Afrique pour leur contribution, ainsi que les participants à ce projet.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

BS : conception, analyse formelle, acquisition des fonds, enquête, administration du projet, méthodologie, supervision, rédaction (première version du manuscrit, relecture et révision)

BD : enquête, administration du projet, supervision, rédaction (première version du manuscrit, relecture et révision)

RT : enquête, rédaction (première version du manuscrit)

NA : analyse formelle, enquête, rédaction (première version du manuscrit)

MJ : conception, acquisition des fonds, relecture et révision du manuscrit

MA : enquête, relecture et révision du manuscrit

JS : conception, acquisition des fonds, méthodologie, relecture et révision du manuscrit

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. Global burden of mental, neurological, and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Disease control priorities, 3rd edition (Volume 4): mental, neurological, and substance use disorders [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2016. En ligne à : <http://hdl.handle.net/10986/23832>
- Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, et al. Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(5):28. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
- Ohlson M. Effects of socioeconomic status and race on access to healthcare in the United States. *Perspectives.* 2020;12(1):2:1-13.
- Moscelli G, Siciliani L, Gutacker N, Cookson R. Socioeconomic inequality of access to healthcare: does choice explain the gradient? *J Health Econ.* 2018;57:290-314. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.005>
- Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry.* 2016; 15(3):276-286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
- Wylie L, Corrado AM, Edwards N, Benlamri M, Murcia Monroy DE. Reframing resilience: strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees. *Int J Mental Health Nurs.* 2020;29(1):69-79. <https://doi.org/10.1111/inm.12650>
- Batista R, Pottie K, Bouchard L, Ng E, Tanuseputro P, Tugwell P. Primary health care models addressing health equity for immigrants: a systematic scoping review. *J Immigr Minor Health.* 2018;20(1):214-230. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0531-y>

8. Gushulak BD, Pottie K, Hatcher Roberts J, Torres S, DesMeules M; Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ*. 2011;183(12):E952-958. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090287>
9. Floyd A, Sakellariou D. Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):195. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0694-8>
10. Boise L, Tuepker A, Gipson T, Vigmenon Y, Soule I, Onadeko S. African refugee and immigrant health needs: report from a community-based house meeting project. *Prog Community Health Partnersh*. 2013;7(4):369-378. <https://doi.org/10.1353/cpr.2013.0045>
11. Chen YY, Li AT, Fung KP, Wong JP. Improving access to mental health services for racialized immigrants, refugees, and non-status people living with HIV/AIDS. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26(2):505-518. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0049>
12. Arpey NC, Gaglioti AH, Rosenbaum ME. How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: a qualitative study. *J Prim Care Community Health*. 2017;8(3):169-175. <https://doi.org/10.1177/2150131917697439>
13. Ng J, Zhang Q, Scholle SH, Guerino P; Centre for Medicare and Medicaid Services. Racial and ethnic disparities in mental health among diverse groups of Medicare. *Data Highlight*. 2017; 11:1-28. En ligne à : <https://www.hosonline.org/globalassets/hos-online/publications/data-highlight-vol11-dec-2017.pdf>
14. Cook BL, Trinh NH, Li Z, Hou SS, Progovac AM. Trends in racial-ethnic disparities in access to mental health care, 2004–2012. *Psychiatr Serv*. 2017; 68(1):9-16. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500453>
15. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé : influences sociales et économiques sur la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 23 décembre 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html#a1>
16. Abdillahi I, Ashley S. Déterminants sociaux et inégalités en santé des Canadiens noirs : un aperçu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/social-determinants-inequities-black-canadians-snapshot/iniquit%C3%A9s-en-sant%C3%A9-canadiens-noirs.pdf>
17. Gee GC, Ford CL. Structural racism and health inequities: old issues, new directions. *Du Bois Rev*. 2011;8(1):115-132. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
18. Assari S, Caldwell CH. Mental health service utilization among black youth; psychosocial determinants in a national sample. *Children (Basel)*. 2017; 4(5):40. <https://doi.org/10.3390/children4050040>
19. Williams DR, González HM, Neighbors H, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and non-Hispanic Whites: results from the National Survey of American life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):305-315. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.3.305>
20. Fante-Coleman T, Jackson-Best F. Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for black youth: a scoping review. *Adolescent Res Rev*. 2020;5(2):115-136. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00133-2>
21. Statistique Canada. 2019. Tableaux de données, Recensement de 2016. Total – minorités visibles (15), âge (15A), sexe (3) et certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la population active, de la scolarité et du revenu (900) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Recensement de 2016 – Données-échantillon (25 %) [Internet]. [consultation le 8 juin 2021]. [Statistique Canada, n° au catalogue : 98-400-X2016192]. En ligne à : [https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=7&DETAIL=0&DIM=0&FL=V&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=112451&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEE=Visible%20minority%20\(15\)&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0](https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=7&DETAIL=0&DIM=0&FL=V&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=112451&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEE=Visible%20minority%20(15)&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0)
22. Statistique Canada. La population noire au Canada : éducation, travail et résilience. Série thématique sur l'ethnicité, la langue et l'immigration. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020. [Statistique Canada, n° au catalogue : 89-657-X2020002]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-657-x/89-657-x2020002-fra.pdf?st=4YAhvcs>
23. Taylor D, Richards D. Triple jeopardy: complexities of racism, sexism, and ageism on the experiences of mental health stigma among young Canadian black women of Caribbean descent. *Front Sociol*. 2019;4:43. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00043>
24. Wiens K, Bhattacharai A, Pedram P, et al. A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e115. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000281>
25. Malla A, Shah J, Iyer S et coll. Youth mental health should be a top priority for health care in Canada. *Can J Psychiatry*. 2018;63(4):216-222. <https://doi.org/10.1177/0706743718758968>
26. Salami B, Salma J, Hegadoren K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: perspectives of immigrant service providers. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(1):152-161. <https://doi.org/10.1111/inm.12512>
27. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev*. 1991;43(6):1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
28. Hill Collins P. Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. 2e éd. New York: Routledge; 2009. En ligne à : <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>

29. Jennings LB, Parra-Medina DM, Messias DK. Towards a critical social theory of youth empowerment. *J Community Pract.* 2006;14(1/2):31-55. https://doi.org/10.1300/J125v14n01_03
30. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. Introducing critical participatory action research [Internet]. Dans : The Action Research Planner. Singapore: Springer Singapore; 2014 [consultation le 23 décembre 2020]. p. 1-31. https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2_1
31. Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research for health: from process to outcomes. 2e éd. San Francisco (CA) : Jossey-Bass; 2008.
32. Morse JM. Evaluating qualitative research. *Qual Health Res.* 1991;1(3): 283-286. <https://doi.org/10.1177/104973239100100301>
33. Locke T, Alcorn N, O'Neill J. Ethical issues in collaborative action research. *Educ Action Res.* 2013;21(1):107-123. <https://doi.org/10.1080/09650792.2013.763448>
34. Thorne S, Darbyshire P. Land mines in the field: a modest proposal for improving the craft of qualitative health research. *Qual Health Res.* 2005;15(8):1105-1113. <https://doi.org/10.1177/1049732305278502>
35. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health.* 1995;18(2):179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
36. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
37. Millman ML, editor. Access to health care in America. Washington (DC): National Academy Press; 1993.
38. Anderson KK, Flora N, Ferrari M, et al.; ACE Project Team. Pathways to first-episode care for psychosis in African-, Caribbean-, and European-origin groups in Ontario. *Can J Psychiatry.* 2015;60(5):223-231. <https://doi.org/10.1177/070674371506000504>
39. Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ.* 2015;187(9):E279-286. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141420>
40. Williams DR. Stress and the mental health of populations of color: advancing our understanding of race-related stressors. *J Health Soc Behav.* 2018;59(4):466-485. <https://doi.org/10.1177/0022146518814251>
41. Davis GY, Stevenson HC. Racial socialization experiences and symptoms of depression among black youth. *J Child Fam Stud.* 2006;15(3):293-307. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9039-8>
42. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet.* 2018;391(10131):1718-1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
43. Lindsey MA, Chambers K, Pohle C, Beall P, Lucksted A. Understanding the behavioral determinants of mental health service use by urban, under-resourced black youth: adolescent and caregiver perspectives. *J Child Fam Stud.* 2013;22(1):107-121. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9668-z>
44. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol.* 2015;41(1): 311-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>
45. Planey AM, Smith SM, Moore S, Walker TD. Barriers and facilitators to mental health help-seeking among African American youth and their families: a systematic review study. *Child Youth Serv Rev.* 2019;101:190-200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.001>
46. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, et al. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(4):725-732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>
47. Christmas CM, Khanlou N. Defining youth resilience: a scoping review. *Int J Ment Health Addict.* 2019;17(3):731-742. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0002-x>
48. Kutcher S, McLuckie A. Evergreen: a child and youth mental health framework for Canada. *Paediatr Child Health.* 2011;16(7):388. <https://doi.org/10.1093/pch/16.7.388>
49. Ruiz-Casares M, Drummond JD, Beeman I, Lach LM. Parenting for the promotion of adolescent mental health: a scoping review of programmes targeting ethnoculturally diverse families. *Health Soc Care Community.* 2017;25(2):743-757. <https://doi.org/10.1111/hsc.12364>
50. Marchildon J. How racism and discrimination prevent access to good health and well-being for all: Marginalization's impact on health has become all the more evident due to COVID-19 [Internet]. New York (NY) : Global Citizen; 2020 [consultation le 23 décembre 2020]. En ligne à : <https://www.globalcitizen.org/en/content/marginalization-and-its-impact-on-health/#:~:text=Intersectional%20marginalization%20impacts%20access%20to%20health%20globally%20in,to%20financial%20barriers%20to%20stigma%2C%20and%20much%20more>
51. Este D, Lorenzetti L, Sato C, editors. Racism and anti-racism in Canada. Black Point (NS) : Fernwood Publishing; 2018.
52. Thannickal H. The effect of intersectional marginalization and discrimination on human rights in healthcare [Internet]. Skopje (MK) : Subversive Front; 2020 [consultation le 23 décembre 2020]. En ligne à : <http://s-front.org.mk/en/2018/08/07/the-effect-of-intersectional-marginalization-and-discrimination-on-human-rights-in-healthcare/>
53. Venkatachalam D, Mishra G, Fatima A, Nadimpally S. 'Marginalizing' health: employing an equity and intersectionality frame. *Saúde debate.* 2020; 44(spe1):109-119. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S109>