



Inégalités en matière de **santé mentale,** **de bien-être et de** **mieux-être** au Canada

.....

Déterminants sociaux et
changements au fil du temps



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Inequalities in mental health, well-being and wellness in Canada: Social determinants and changes over time

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2024

Date de publication : septembre 2024

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement,
dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H22-4/39-1-2024F-PDF

ISBN : 978-0-660-72271-9

Pub. : 240250

Table des matières

Remerciements	5
Comité directeur et révision par les experts	5
Reconnaissance des terres	6
1. Introduction	7
1.1 Énoncé de position	7
1.2 Buts et objectifs	8
1.2.1 Pourquoi se concentrer sur la santé mentale?	8
1.2.2 Pourquoi s'arrêter aux inégalités de santé mentale?	8
2. Comment la santé mentale est-elle conceptualisée au Canada?	12
2.1 Pourquoi réfléchir à la définition de la santé mentale?	12
2.2 Définitions biomédicales de la santé mentale	16
2.3 Modèles de santé mentale	16
2.4 Santé mentale positive	16
2.5 Élargir la définition de santé mentale	17
2.5.1 Premières Nations	18
2.5.2 Inuits	19
2.5.3 Métis	19
2.6 Différences et similitudes entre les définitions	19
3. Méthodologies	20
3.1 La théorie de l'intersectionnalité en tant que cadre directeur	20
3.2 Le rôle de la recherche qualitative dans l'examen des inégalités de santé mentale	21
3.2.1 Méthodes de recherche qualitative	21
3.3 Composante de la recherche quantitative : résultats et enquêtes	23
3.3.1 Mesurer la santé mentale de la population : l'approche du Canada en matière de surveillance	26
3.4 Implications pour ce rapport et la surveillance de la santé publique	26

4. Constats	27
4.1 Facteurs d'inégalité en matière de santé mentale au Canada.	27
4.1.1 Conditions socioéconomiques : Répercussions sur la santé mentale et le bien-être	28
4.1.2 Les répercussions du racisme, de la xénophobie, de l'homophobie et d'autres formes de discrimination sur la santé mentale	48
4.1.3 Liens sociaux et culturels, réseaux de soutien et appartenance à la communauté	75
4.1.4 Qualité et utilisation des services de soins de santé et accès	92
5. Discussion et répercussions.	105
5.1 Aperçu des tendances quantitatives par thème	105
5.2 Considérations relatives à la santé publique : résultats de la synthèse qualitative	107
5.2.1 Élargir la compréhension de la santé mentale, du bien-être et du mieux-être	107
5.2.2 Intégrer l'équité en tant que priorité dans les soins de santé mentale	108
5.2.3 Partenariats intersectoriels	110
5.2.4 Utiliser des politiques et des interventions universelles parallèlement à des interventions ciblées.	113
5.2.5 Reconnaître et surmonter les difficultés liées à la disponibilité des données pour la surveillance des iniquités en santé	113
6. Remarques finales	115
7. Références.	116

Remerciements

Ce rapport a été conçu et dirigé par une équipe principale au sein de la direction de la politique d'équité en matière de santé : Malgorzata Miszkurka, Alexandra Blair, Dolon Chakravartty, Matthew Perks, Nicolas de Guzman Chorny, Shermeen Farooqi, Brittany McKinnon, Julia Mazza, Sai Yi Pan, Rabina Jahan, Radhika Sultania et Nesrine Bellounar. Kathleen Dubberly, Mahdis Kamali, Eric Vallieres, Natalie Osorio, Ali El-Samra, Kevin Jutras, Ryan De Silva et Ketong Zhou ont apporté leur contribution sur le plan technique et sur le plan du contenu.

Nous remercions les bibliothécaires de Santé Canada pour l'aide qu'elles ont apportée à la recherche documentaire pour ce rapport. Leur expertise et leurs ressources enrichissent la qualité du travail produit par l'Agence de la santé publique du Canada.

Le rapport a été révisé par Joanna Odrowaz, que nous tenons à remercier pour ses suggestions éditoriales approfondies et réfléchies.

COMITÉ DIRECTEUR ET RÉVISION PAR LES EXPERTS

L'équipe Analyse de l'équité et recherche en politiques de la Direction générale de la politique stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les membres du comité directeur de ce rapport, qui ont fourni des conseils sur la portée des analyses et l'interprétation des résultats. Nous tenons à remercier les membres du Comité directeur, énumérés par ordre alphabétique de leur nom de famille : Paul Bailey (Black Health Alliance), Natalie Gabora-Roth (Agence de la santé publique du Canada), Dr Sam Harper (Université McGill), Dr Carla Hilario (Université de la Colombie-Britannique, Okanagan), Dr Beth Jackson (Agence de la santé publique du Canada), Helen Kennedy (EGALE Canada), Sarah Kennell (Association canadienne pour la santé mentale), Dr Laurence Kirmayer (Université McGill), Dr Laurence Kirmayer (Université McGill), Dr Kwame McKenzie (Wellesley Institute), Dr Kate Mulligan (Université de Toronto), Dr Cory Neudorf (Université de Saskatchewan), Dr Brenda Restoule (First Peoples Wellness Circle), Dr Bukola Salami (Université de Calgary), Kelly Salmond (Agence de

la santé publique du Canada), Andrea Simpson (Agence de la santé publique du Canada), et Eduardo Vides (Ralliement national des Métis). Les conclusions de ce rapport ne reflètent pas nécessairement celles des membres du comité directeur du rapport ou de leurs organisations affiliées.

Les sections de ce rapport relatives aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis ont été élaborées dans le cadre d'un processus itératif de collaboration avec des partenaires autochtones. Nous tenons à remercier humblement les organisations autochtones suivantes et leurs représentants pour les conseils, les instructions et les contributions utiles qu'ils nous ont apportées tout au long des différentes étapes de l'élaboration de ce rapport. Nous sommes particulièrement reconnaissants pour les discussions authentiques, les connaissances, la sagesse, les expériences et les récits partagés avec nous :

- Assemblée des Premières Nations (représentée par le Cercle de bien-être des Premiers Peuples [First Peoples Wellness Circle]) : Brenda Restoule, Catherine Graham
- Inuit Tapiriit Kanatami : Daniel Afram
- Ralliement national des Métis : Ginny Gonneau, Eduardo Vides, Reagan Bartel, Tanya Davoren, Stephen Thomson, Jillian Jones, Shelley Cripps, Emily Paterson, Ryah Heavens, Tanya Pruden, Lori Skjeie, Tegan Brock, Emily Field, Samantha Stewart.

Ce rapport a également été révisé par plusieurs équipes internes de l'Agence de la santé publique du Canada, notamment la Direction des politiques d'équité en santé, le Centre de surveillance et de recherche appliquée, ainsi que par des équipes de Santé Canada, notamment la Direction de l'intégration de la santé mentale et de la toxicomanie : La Direction de l'intégration de la santé mentale et de la toxicomanie et la Division de la santé mentale, qui ont fourni un examen et des conseils scientifiques.

RECONNAISSANCE DES TERRES

Nous reconnaissons respectueusement que les terres sur lesquelles nous vivons, travaillons et jouons, et sur lesquelles nous avons élaboré ce rapport, sont les terres des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Plus précisément, ce rapport a été élaboré dans les villes suivantes :

- À Toronto, également connue sous le nom de Tkaronto, territoire traditionnel de nombreuses nations, dont les Mississaugas du Crédit, les Anishnaabeg, les Chippewa, les Haudenosaunee et les Wendat, et qui abrite aujourd'hui de nombreuses Premières nations, Inuits et Métis vivant en milieu urbain. Toronto se trouve sur les terres protégées par le Dish with One Spoon Wampum Belt Covenant, un accord entre les Haudenosaunee, les Anishinaabe et les nations alliées visant à partager pacifiquement les ressources autour des Grands Lacs et à en prendre soin.
- À Ottawa, également connu sous le nom d'Adawe, sur le territoire traditionnel et non cédé du peuple algonquin, les membres de l'accord d'autonomie gouvernementale de la nation anishinabek.
- À Montréal, également connu sous le nom de Tiohti:áke, le territoire traditionnel et non cédé des Kanien'kehá:ka. Ce lieu sert depuis longtemps de lieu de rencontre et d'échange entre de nombreuses Premières nations, notamment les Kanien'kehá:ka de la Confédération Haudenosaunee, les Hurons/Wendat, les Abénaquis et les Anishinaabeg.

- À Vancouver, sur les territoires traditionnels non cédés des nations x̣ẉməθḳẉəỵəm (Musqueam), Sḳẉx̣ẉú7mesh (Squamish) et sə̣lilẉəta (Tsleil-Waututh).

Nous reconnaissons qu'il reste encore beaucoup à faire pour remédier aux effets néfastes du colonialisme et du racisme qui continuent d'engendrer des inégalités entre les communautés autochtones et non autochtones.

Nous respectons et affirmons les droits inhérents et les droits issus de traités de tous les peuples autochtones de ce territoire et respectons les engagements pris par les nations et les peuples autochtones en matière d'autodétermination et de souveraineté.

Nous reconnaissons l'oppression historique des terres, des cultures et des peuples d'origine dans ce que nous appelons aujourd'hui le Canada et nous nous efforçons de contribuer au processus de guérison et de décolonisation que nous partageons tous ensemble. Nous restons fermement déterminés à travailler en collaboration pour remédier aux inégalités en matière de santé dans l'ensemble du pays.



1. Introduction

La santé mentale est une question de plus en plus importante pour les personnes vivant au Canada, et elle fait l'objet de discussions de plus en plus nombreuses dans la société civile; elle est également devenue une priorité croissante en matière de santé publique (1). La capacité à réagir aux problèmes de santé mentale, que ce soit pendant les crises sanitaires, les événements liés aux changements climatiques, les ralentissements économiques ou d'autres conditions, repose sur une compréhension commune des contextes dans lesquels les inégalités en matière de santé mentale peuvent survenir et de la façon dont elles ont changé au fil du temps.

Le présent rapport vise à donner un aperçu des inégalités en matière de santé mentale en examinant les déterminants structurels et sociaux de la santé qui contribuent aux résultats en santé mentale. Les déterminants structurels de la santé sont les mécanismes sociaux, économiques et politiques qui génèrent des inégalités de classe sociale (2). Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs non médicaux dans notre vie qui ont une incidence sur notre santé : où nous vivons; notre revenu, notre éducation, notre emploi et notre accès aux soins de santé et nos liens sociaux (2). (Voir l'encadré 2.1 pour plus de définitions des principaux termes.)

L'évolution des résultats en matière de santé mentale au fil du temps est évaluée au moyen de mesures de la satisfaction à l'égard de la vie, de la perception de la santé mentale, du bien-être et de la maladie mentale. Nous avons également examiné si la santé mentale, dans son ensemble et au sein de populations particulières, s'est améliorée ou détériorée. Ce rapport vise en outre à mieux comprendre l'influence de certaines causes profondes sur les inégalités en matière de santé mentale.

L'ensemble complet des résultats et des visualisations de données se trouve dans l'onglet de l'outil de données en ligne qui l'accompagne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>. Ceci inclut à la fois des résultats en matière de santé mentale positive et des résultats liés à la maladie mentale.

1.1 ÉNONCÉ DE POSITION

Ce rapport a été élaboré dans le cadre de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (IPIS), une initiative de collaboration de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Réseau pancanadien de santé publique, de Statistique Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Le mandat de l'IPIS est de renforcer la mesure, la surveillance et la déclaration des inégalités de santé au Canada. L'initiative appuie la surveillance et la recherche, éclaire la prise de décisions relatives aux programmes et aux politiques afin de réduire les inégalités sociales de santé et permet de suivre les progrès réalisés dans ce domaine au fil du temps.

Entrepris en réponse à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (3), ce travail s'aligne sur les valeurs directrices du Secrétariat fédéral de lutte contre le racisme telles que la justice, l'équité, les droits de la personne, la diversité, l'inclusion, la décolonisation, l'intégrité, la lutte contre l'oppression et la réconciliation (4), ainsi que sur le Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+ pour faire progresser l'égalité des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes et autres personnes de diverses identités sexuelles et de genre (2ELGBTQI+) au Canada (5). Ce travail répond également au dix-neuvième appel à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, visant à surveiller les inégalités sociales de santé entre les peuples autochtones et les personnes non autochtones vivant au Canada. Établie en 2012, l'IPIS a toujours été éclairée par l'accent mis sur les données et les méthodes épidémiologiques, tout en intégrant les connaissances épidémiologiques sociales et sociales (6), les visions du monde autochtones (7-11) et le cadre des déterminants sociaux de la santé élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (12). L'IPIS continue d'utiliser le même modèle des déterminants sociaux de la santé — un modèle qui est également utilisé à l'échelle internationale — pour surveiller les inégalités dans les résultats et les déterminants en matière de santé entre les sous-groupes

de la population de personnes vivant au Canada aux niveaux national, provincial et territorial et pour éclairer la politique sur l'équité en santé.

L'IPIS repose sur la reconnaissance du fait que le secteur de la santé ne peut à lui seul remédier aux inégalités de santé. L'emploi, l'éducation, le logement et de nombreux autres secteurs doivent aborder conjointement les facteurs sociaux, économiques et politiques (par exemple, les politiques à divers paliers de gouvernement) qui influent sur la santé, ainsi que les systèmes et les structures qui façonnent la façon dont ces facteurs sont répartis. Les forces systémiques désignent celles qui se manifestent dans chacun des grands volets de la société, y compris l'économie, la politique et la religion, tandis que les forces structurelles désignent des structures particulières, comme les lois, les politiques et les pratiques institutionnelles (156). Les forces systémiques et structurelles, comme le racisme, le colonialisme, la xénophobie, l'hétérosexisme, le capacitisme et la discrimination, génèrent et renforcent les hiérarchies, la répartition du pouvoir et des ressources dans la société, et les opportunités qui informent et influencent les conditions sociales et matérielles dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent, s'amuse et vieillissent (13). La lutte contre les inégalités de santé exige une approche à plusieurs niveaux qui englobe des interventions politiques au plus haut niveau ou au niveau macroscopique, avec des mesures en amont qui redistribuent les opportunités pour la santé de manière juste pour tous, et au niveau intermédiaire, au moyen d'interventions politiques dans les écoles, les collectivités, les services de santé et d'autres milieux.

Après des consultations soutenues avec des partenaires de l'ensemble des ministères fédéraux, des organisations autochtones nationales et des experts de l'extérieur de l'ASPC, l'IPIS a cherché à améliorer l'intégration des visions du monde autochtones ainsi que des approches féministes, intersectionnelles et de décolonisation dans la planification et l'élaboration de ses pratiques de production de rapports (14). L'IPIS continue de s'efforcer d'intégrer des théories et des méthodologies interdisciplinaires dans la surveillance et la mesure des inégalités de santé au Canada. Ce rapport est enrichi par des données qualitatives tirées d'études qui ont utilisé plusieurs méthodologies dont l'observation des participants, des entrevues structurées et d'autres formes de travail sur le terrain.

1.2 BUTS ET OBJECTIFS

1.2.1 POURQUOI SE CONCENTRER SUR LA SANTÉ MENTALE?

Les problèmes liés à une mauvaise santé mentale touchent à la fois ceux qui en souffrent et leur entourage et ont des répercussions économiques et sociétales étendues. Une mauvaise santé mentale, principale cause d'incapacité au Canada (15), entraîne un absentéisme au travail plus élevé et une réduction de la productivité (15). Les coûts financiers liés à une mauvaise santé mentale, y compris les maladies mentales, sont considérables, à hauteur d'environ 51 milliards de dollars par année en dépenses de santé et en perte de productivité (15). Le fardeau de la santé mentale, sur le plan des coûts économiques et sociaux, augmente lorsque les niveaux autodéclarés élevés de santé mentale sont moins présents dans la population.

Les familles sont souvent confrontées à un stress accru et à des perturbations de la vie quotidienne, ainsi qu'à des difficultés financières découlant du soutien offert à un membre de la famille qui a des problèmes de santé mentale. La maladie mentale peut contribuer à l'isolement social et au retrait des activités sociales, ce qui peut entraîner une diminution de la participation communautaire et des relations tendues (16) et, par conséquent, contribuer à un cycle de mauvaise santé mentale. De plus, la stigmatisation associée à la maladie mentale et à la mauvaise santé mentale en général peut mener à la discrimination, à l'exclusion sociale et à une réduction de la qualité de vie.

Dans l'ensemble, les répercussions sociales et économiques de la santé mentale sont considérables. Une connaissance exhaustive des inégalités de santé mentale et de leurs déterminants est essentielle à l'élaboration de stratégies et d'interventions visant à améliorer la santé mentale des Canadiens.

1.2.2 POURQUOI S'ARRÊTER AUX INÉGALITÉS DE SANTÉ MENTALE?

L'équité en santé fait partie intégrante de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Déclaration universelle des droits de l'homme (17). La première proclame que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits

fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » et la deuxième déclare que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. ». L'équité en santé vise à créer des chances égales de santé pour chaque membre d'une société. Pour faire progresser l'équité en santé, il faut s'efforcer d'éliminer les différences injustes et évitables entre les groupes socialement avantagés et défavorisés qui ont un état de santé moins bon et une vie plus courte, un rôle qui revient à de nombreuses personnes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé (18). Une façon de le faire est de se concentrer sur les systèmes et les structures de pouvoir qui touchent différentes populations par la distribution de ressources matérielles et sociales au sein des sociétés, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé renvoient aux conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, vivons, travaillons, et même passons notre temps libre. Ils englobent les influences sociétales, économiques et environnementales plus vastes qui ont une incidence importante sur les résultats de santé individuels et communautaires, et vont bien au-delà de l'accès aux soins de santé et façonnent directement notre santé globale, y compris la santé mentale.

Selon l'OMS (2), les déterminants sociaux de la santé (comme le revenu, l'emploi et le logement) et les facteurs plus généraux qui façonnent les conditions de vie et de travail représentent entre 30 % et 55 % des résultats de santé, un effet bien plus important que les choix et les activités liés au mode de vie (p. ex., l'exercice physique). Comparativement au système de soins de santé, nos systèmes socio-économiques et politiques en matière d'éducation, de justice et de bien-être social contribuent de façon significative aux résultats en matière de santé (2,19,20) :

À mesure que nous conceptualisons ces couches plus profondes, nous pouvons comprendre que les déterminants sociaux de base de la santé mentale découlent directement d'une répartition inégale des possibilités. Bien qu'elle puisse toucher des patients individuels et être prise en compte dans les formulations et la planification des interventions fondées sur le modèle biopsychosocial, cette répartition inégale des possibilités est principalement un problème de société. Il s'agit donc d'une question de justice sociale plutôt que d'une question clinique. La justice sociale signifie une répartition équitable des avantages et un partage égal des fardeaux tout en mettant l'accent sur les personnes les plus défavorisées. [traduction libre] (21)

Il est important de surveiller les inégalités de santé au fil du temps afin de soutenir les acteurs de la santé publique, comme les professionnels de la santé, les dirigeants communautaires et d'autres personnes qui s'intéressent aux facteurs des inégalités de santé mentale, et les acteurs du secteur public, comme les politiciens, les fonctionnaires, les organisations communautaires et les organisations non gouvernementales qui évaluent si les politiques et les programmes contribuent aux inégalités ou les atténuent. Pour cela, il est nécessaire d'améliorer la connaissance, la description des inégalités de santé et l'intervention à cet égard afin de tenir compte des déterminants fondamentaux de la santé et de promouvoir la justice sociale et l'équité en santé (14).

Divers modèles ont été élaborés pour cartographier et comprendre l'influence des déterminants de la santé sur les résultats en matière de santé. Éclairée par le cadre conceptuel de l'OMS (12), l'ASPC définit les déterminants sociaux de la santé comme les « facteurs sociaux et économiques... qui sont associés à la place de l'individu dans la société » (22). Le cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé élaboré par l'OMS (illustré à la figure 1) comporte deux niveaux de déterminants : les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires.

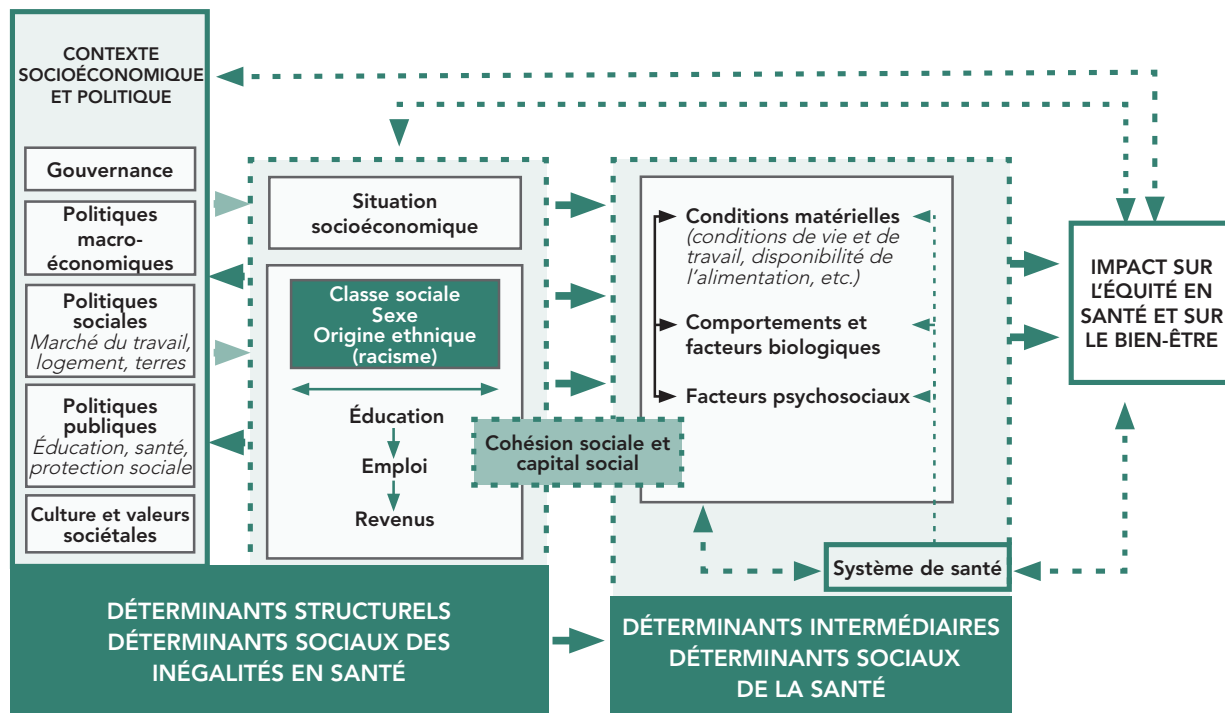
Les déterminants de premier niveau ou au niveau structurel façonnent les conditions de santé dans des contextes socioéconomiques et politiques. Les politiques, les systèmes et les valeurs sociaux, économiques et institutionnels façonnent la santé et le bien-être par la répartition du pouvoir, des ressources et des possibilités au sein des populations et entre elles (13,23). Les valeurs sociétales, y compris les préjugés et la stigmatisation envers des populations ou personnes ayant certains problèmes de santé (24), influencent les possibilités de prévention et les options de traitement. De plus, des systèmes économiques et idéologiques plus larges, comme le capitalisme (25), le racisme systémique, le colonialisme, le sexisme, l'hétérosexisme et le capacitisme (26) sous-tendent des approches stratégiques qui influencent les déterminants sociaux de la santé, par des décisions prises concernant l'éducation, le logement, le marché du travail et les protections sociétales. Les déterminants structurels de la santé façonnent la position socioéconomique des personnes et des populations dans la société. Cette

position est également influencée par l'éducation, l'emploi, l'ethnicité, la race, le sexe, l'expression de genre et l'orientation sexuelle, entre autres (13,23).

Ces déterminants structurels influencent les déterminants de deuxième niveau ou de niveau intermédiaire de la santé. Les déterminants intermédiaires comprennent les facteurs liés au système de santé (p. ex., disponibilité des services de santé, accessibilité, utilisation) et l'accès aux ressources et aux possibilités sociales et matérielles favorisant la santé, y compris l'environnement bâti, les milieux alimentaires, les milieux de travail et les foyers (13,23,26).

Au Canada, la recherche a documenté des associations entre divers résultats en santé mentale et des marqueurs de position sociale comme l'âge, le sexe, l'expression de genre, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, la race, le revenu, l'éducation et la situation d'emploi (13,26–28) ainsi que des facteurs intermédiaires comme la sécurité alimentaire, l'accès aux soins de santé mentale, la qualité des liens sociaux, la discrimination, la stigmatisation et la violence (24,27,29,30).

Figure 1. Cadre conceptuel d'action sur les déterminants sociaux de la santé (Solar et Irwin, 2010)



Source : Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur. De: Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, no. 2. Genève, Suisse: OMS; 2010. www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/.

Les voies par lesquelles les déterminants sociaux de la santé influent sur la santé mentale et le bien-être peuvent comprendre des événements et des affections qui sont des facteurs de stress physiologiques et psychologiques. Les événements à grande échelle, comme les catastrophes naturelles, et les circonstances individuelles, comme la violence ou la privation matérielle, peuvent entraîner des réactions biophysiques qui ont un effet négatif sur les systèmes immunitaire, métabolique et endocrinien (28) en plus du bien-être émotionnel et psychologique (28). Les gens peuvent adopter des comportements

d'adaptation pour atténuer ces effets; ces comportements peuvent favoriser la santé (p. ex., méditation, exercice) ou être nocifs (p. ex., consommation problématique de substances). Toutefois, les comportements sont toujours adoptés dans le contexte de l'influence des normes sociales, des valeurs, des facteurs liés à l'étape de la vie, des facteurs identitaires (p. ex., le sexe, l'appartenance religieuse), de la disponibilité des soutiens et de l'accès à ceux-ci et ainsi de suite, et ils jouent un rôle dans l'intensité et la durée de l'impact des déterminants sociaux sur la santé mentale.

« Les politiques publiques et les normes sociales sont structurées de manière à favoriser certaines personnes et certains groupes par rapport à d'autres, ce qui ouvre la voie à une répartition inégale des possibilités, soit les déterminants sociaux de la santé mentale. Bien que les interventions cliniques aient clairement un rôle à jouer dans la réduction du risque de troubles mentaux, c'est en optimisant les politiques publiques pour les rendre plus favorables à la santé et en modifiant les normes sociales pour qu'ensemble nous donnions la priorité à la santé de tous les membres de la société que l'on obtiendra le plus grand impact sur la prévention de nombreuses affections physiques chroniques et d'un certain nombre de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives » [traduction libre] (21)

Guidée par la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS), établie par l'OMS, l'IRIS utilise principalement des données quantitatives transversales pour surveiller les inégalités de santé. Nous donnons suite aux rapports précédents en examinant les données quantitatives et qualitatives. Au moyen d'un processus d'analyse thématique et de synthèse des résultats des études qualitatives canadiennes, et d'analyses quantitatives des données d'enquête représentatives à l'échelle nationale décrivant les tendances de l'inégalité de santé mentale entre 2007 et 2022, nous voulions établir le portrait des principaux déterminants sociaux et structurels de la santé mentale et du bien-être au Canada.

Le présent rapport porte une attention particulière aux déterminants en amont, y compris les facteurs socioéconomiques, politiques, culturels, historiques et environnementaux qui influent sur la santé mentale et le bien-être des personnes vivant au Canada. Bien que ces facteurs en amont aient souvent été considérés comme

exclus des résultats en matière de santé, ils ont en fait de profondes répercussions sur les disparités et les résultats en matière de santé. Pour s'attaquer aux facteurs en amont, il faut examiner les problèmes systémiques ou sociétaux, comme la pauvreté, la discrimination, l'accès à l'éducation et une répartition équitable des autres ressources. En intégrant des perspectives et des approches interdisciplinaires, ce rapport vise à élargir la compréhension de la santé mentale et du bien-être.

De plus, le présent rapport contient un outil de données en ligne qui fournit un répertoire complet des tendances en matière d'inégalité de santé mentale afin de détailler et de compléter les analyses présentées dans le présent rapport. Cet outil se trouve à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

2. Comment la santé mentale est-elle conceptualisée au Canada?

La santé mentale a été définie de nombreuses façons, chaque définition étant influencée par les contextes sociaux et culturels (30). À l'échelle mondiale, il n'existe pas de consensus officiel sur une définition unique de la santé mentale, et les concepts de base varient selon les théories, les modèles et les paradigmes (31).

Dans cette section, nous résumons divers concepts communs de santé mentale pris en compte dans le présent rapport.

2.1 POURQUOI RÉFLÉCHIR À LA DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE?

Plusieurs théories interdisciplinaires en matière de santé et de société éclairent l'IRIS et le présent rapport. Parmi ces théories se trouve la théorie de l'intersectionnalité, dont un principe central est l'importance de reconnaître différentes formes ou différents types de connaissances et de façons de connaître (32,33). Dans le domaine de la santé publique, elle peut être appliquée en réfléchissant de façon critique aux formes de connaissances qui sont considérées comme valides et précieuses dans la prise de décisions en santé publique (14).

L'exclusion systématique de certains types et sources de données probantes ou de voix peut, intentionnellement ou non, perpétuer la marginalisation de certaines communautés et contribuer au maintien des inégalités sanitaires et sociales. Par exemple, si les responsables de l'élaboration des politiques et des programmes et les bénéficiaires visés ne participent pas à la synthèse des données probantes et à la prise de décisions, les programmes et les politiques peuvent être conçus de façons qui ne répondent pas aux besoins distincts des collectivités qu'ils sont censés servir (32). Pour contrer cette tendance, les pratiques exemplaires en matière de recherche et de surveillance en santé publique tiennent compte des multiples façons d'apprendre et types de connaissances au moment de définir les termes, les enjeux et les concepts clés (14). Dans ce rapport, l'exploration de la façon dont diverses sources, communautés ou systèmes de production de connaissances définissent ou comprennent la santé mentale peut apporter profondeur et nuance aux initiatives de promotion de la santé mentale.

L'un des principaux objectifs de ce rapport est d'explorer la façon dont la santé mentale est conceptualisée au Canada, à travers les perspectives épistémologiques et les traditions. D'une manière générale, ce rapport considère la santé mentale comme un terme générique qui englobe à la fois les états positifs et négatifs de la santé mentale.

Encadré 2.1 Principaux termes et leurs définitions

TERMES	DÉFINITIONS
Inégalités de santé	Désignent les différences dans l'état de santé ou dans la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de population. Ces différences peuvent être dues à des facteurs biologiques, à des choix individuels ou au hasard. Néanmoins, les données de santé publique indiquent que de nombreuses différences peuvent être attribuées à la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influent sur la santé (p. ex., revenu, éducation, emploi, soutiens sociaux) et à l'exposition à des conditions et à des environnements sociaux qui échappent largement au contrôle des personnes concernées.
Inégalités sociales de santé	Les inégalités sociales de santé réfèrent aux différences dans l'état de santé liées à un désavantage structurel et social qui est modifiable, injuste, évitable et systémique. Les inégalités sociales de santé sont enracinées dans les conditions sociales, économiques et environnementales et dans les déséquilibres des pouvoirs. Cela expose les groupes de population déjà en situation de défavorisation à un risque accru de connaître de moins bons résultats de santé (34).
Équité en santé	L'équité en santé signifie que tout le monde (individus, groupes de population et collectivités) a des possibilités équitables d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisé par les conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles en raison de facteurs socialement construits, comme la race, le genre, l'orientation sexuelle, les croyances religieuses, le rang social et autres. L'atteinte de l'équité en santé passe par la reconnaissance que tous les groupes de population ne partent pas sur un même pied d'égalité pour arriver à vivre en santé, la correction des facteurs entraînant le déséquilibre s'avère nécessaire. L'équité en matière de santé survient lorsque les inégalités sociales de santé sont réduites à néant (34).
Déterminants sociaux de la santé	Les déterminants sociaux de la santé désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux interreliés qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. Les déterminants sociaux de la santé varient à travers le temps et les sociétés. La manière dont ils s'entrecroisent explique l'évolution des conditions de vie des personnes au fil du temps et tout au long du parcours de vie. Les déterminants sociaux de la santé influent sur la santé des individus, des groupes de population et des collectivités de différentes manières (34).
Déterminants structurels des inégalités sociales de la santé	Les déterminants dits « structurels » réfèrent aux structures politiques, culturelles, économiques et sociales; l'environnement naturel, le colonialisme en cours et le racisme structurel ou systémique. Ils forment les processus qui créent des inégalités sociales en matière d'argent, de pouvoir et de ressources. Aussi appelés forces structurelles, les déterminants structurels génèrent et renforcent la stratification sociale basée sur la position socioéconomique, ¹⁰ qui façonne les conditions de vie déterminant l'état de santé, comme l'éducation, le travail, le revenu, la sécurité sociale, le logement, l'environnement et l'accès aux systèmes de santé (34).

Interventions en aval	Les interventions et les stratégies en aval ont pour objectifs de répondre aux besoins immédiats et d'atténuer les effets négatifs des désavantages sur la santé sur le plan individuel ou familial, grâce à la prestation de services de santé et sociaux. Les changements visés par les interventions en aval concernent la qualité des services de santé ou de l'accès aux services. Les stratégies en aval ont pour objet de modifier les effets produits par les causes des inégalités (34).
Interventions intermédiaires	Les interventions et les stratégies intermédiaires ont pour objectifs de réduire l'exposition aux risques pour la santé, grâce à l'amélioration des conditions de vie et à la promotion de comportements sains. Aiguiller les personnes vivant des inégalités sociales de santé vers des services et ressources régionaux, locaux, communautaires et organisationnels constitue une intervention classique sur ce plan. Les stratégies intermédiaires visent à modifier les causes des inégalités sociales de santé (34).
Interventions en amont	Les interventions et les stratégies en amont ont pour objet de transformer les structures sociales et économiques de base qui déterminent la répartition de la richesse, du pouvoir, des opportunités et du processus décisionnel puisque ces structures sont à l'origine des inégalités sociales de santé. Les changements visés par les stratégies en amont surviennent généralement à l'échelle provinciale, territoriale, nationale ou mondiale. Les stratégies en amont ont pour objectif d'atténuer les causes des causes des inégalités sociales de santé (34).
Intersectionnalité	L'intersectionnalité désigne l'interaction entre les systèmes d'oppression (p. ex., racisme, clanisme, sexisme, homophobie) qui entraîne un avantage et un désavantage relatifs sur les plans individuel et structurel. La perspective intersectionnelle montre que l'expérience de multiples formes de discrimination vécues a un effet cumulatif plus important que la somme de ses parties. La nature intersectionnelle de l'oppression et des privilèges veut dire que toute personne peut bénéficier de privilèges sous une forme ou plus, même si elle vit dans l'oppression sur d'autres plans (34).
Santé mentale	Terme générique qui englobe l'état de bien-être (émotionnel, psychologique et social) d'une personne, mesuré par les niveaux de santé mentale positive (c'est-à-dire la santé mentale autoévaluée, le bonheur, la satisfaction de vivre, le bien-être psychologique et social) et/ou des expériences de problèmes de santé mentale ou de maladie mentale (c'est-à-dire les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ou d'autres).
Maladie mentale (également connue sous le nom de troubles mentaux)	Renvoie à un large éventail d'affections qui affectent la pensée, les émotions, le comportement ou l'humeur d'une personne. Ces affections peuvent varier en gravité, en durée et en impact sur la vie quotidienne. Les maladies mentales peuvent englober divers troubles comme les troubles dépressifs, les troubles anxieux, la schizophrénie, les troubles bipolaires, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et bien d'autres encore.

Mauvaise santé mentale ou problèmes liés à la santé mentale	<p>Fait référence à la présence d'un état négatif de santé mentale et peut être utilisé comme terme général pour désigner la détresse mentale, et/ou les troubles mentaux, et/ou la maladie mentale, et/ou les troubles liés à l'utilisation de substances, et/ou la suicidalité. Il est important de noter qu'une personne peut avoir une mauvaise santé mentale ou des problèmes liés à la santé mentale sans nécessairement souffrir d'une maladie mentale.</p>
Santé mentale positive	<p>Renvoie à la présence d'un état de santé mentale positive. La définition de l'ASPC de la santé mentale positive est la suivante : « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle » (35).</p>
Bispirituel	<p>Le terme « bi-spirituel » est utilisé par certains peuples autochtones pour désigner les personnes qui s'identifient comme ayant un esprit à la fois masculin et féminin. Ce terme décrit l'identité sexuelle, de genre et/ou spirituelle d'une personne. Les personnes qui s'identifient comme bispirituelles peuvent être attirées par des personnes du même sexe et/ou peuvent s'identifier comme étant de genre différent, et comprennent des personnes qui, dans la culture occidentale, peuvent être décrites comme étant gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres, entre autres.</p> <p>Le terme « bispirituel » a été proposé par l'aînée Myra Laramée lors de la troisième conférence intertribale annuelle des gais et lesbiennes des Premières Nations, qui s'est tenue à Winnipeg en 1990.</p>
Gradient social en santé	<p>Renvoie aux différences constantes et progressives dans les résultats ou l'état de santé qui correspondent aux variations du statut socio-économique ou d'autres déterminants sociaux. Ces gradients illustrent la manière dont la santé tend à s'améliorer à mesure que le statut socio-économique s'élève, mettant en évidence un schéma progressif dans lequel les individus occupant une position sociale ou économique plus élevée sont généralement en meilleure santé que ceux occupant une position moins élevée.</p>
Validité interculturelle	<p>Renvoie à la mesure dans laquelle un concept, une évaluation ou un outil de mesure est significatif, pertinent et mesure avec précision ce qu'il est censé mesurer dans différentes cultures ou différents groupes culturels. Elle garantit que l'outil ou l'évaluation est juste, fiable et ne favorise ni ne désavantage de manière disproportionnée un groupe culturel particulier lorsqu'il est utilisé dans des contextes culturels divers.</p>
Promotion de la santé	<p>La promotion de la santé est le processus qui permet aux individus de mieux contrôler et d'améliorer leur santé. Elle va au-delà de l'accent mis sur le comportement individuel et s'intéresse à un large éventail d'interventions sociales et environnementales. Fonction essentielle de la santé publique, la promotion de la santé aide les gouvernements, les communautés et les individus à faire face aux problèmes de santé et à les résoudre. Pour ce faire, elle met en place des politiques publiques saines, crée des environnements favorables et renforce l'action communautaire et les compétences personnelles (36).</p>

2.2 DÉFINITIONS BIOMÉDICALES DE LA SANTÉ MENTALE

Le modèle biomédical des troubles mentaux suppose qu'il y a des causes biologiques à des anomalies cérébrales qui causent une maladie mentale. Les facteurs contextuels comme les interactions sociales, les ressources, les systèmes et les déterminants ne sont pas pris en compte (37, 38), et les conceptualisations biomédicales de la maladie mentale et de la santé sont généralement centrées sur la détresse mentale, les maladies et les troubles ou affections et ont tendance à se concentrer sur leurs étiologies, diagnostics et traitement psychothérapeutique.

Du point de vue du diagnostic clinique et du traitement, les maladies (ou les troubles mentaux) renvoient aux émotions, à l'humeur, aux difficultés de raisonnement ou aux comportements qui entravent le fonctionnement quotidien d'une personne (39). Les maladies mentales sont définies dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et la Classification internationale des maladies (CIM) (40,41). La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux décrit plus de 150 diagnostics cliniques de maladie mentale, comme le trouble dépressif majeur et le trouble d'anxiété généralisé (42), et comprend des critères de diagnostic pour des problèmes comme la schizophrénie, les troubles bipolaires et connexes, les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress, tels que le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les troubles liés à la consommation d'une substance, tels que les troubles liés à la consommation de l'alcool et les troubles de l'alimentation.

Les définitions biomédicales de la santé mentale et de la maladie mentale ont tendance à dominer chez les épidémiologistes, les analystes de politiques, les chercheurs et les gestionnaires en santé (43), qui se concentrent sur les attributs et les comportements individuels et accordent la priorité aux mesures individuelles (38).

2.3 MODÈLES DE SANTÉ MENTALE

Certains chercheurs ont proposé que la santé mentale se trouve sur un continuum allant de mauvaise à bonne, sur lequel une personne peut passer d'un fonctionnement

efficace à une déficience fonctionnelle grave et persistante (44). Des changements dans ce continuum de la santé mentale peuvent survenir en réponse à des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et économiques, ainsi qu'à des facteurs de stress particuliers. Dans ce modèle, la santé mentale est considérée comme l'absence de maladie mentale (45,46). Cette relation polaire entre la santé mentale et la maladie mentale est à la base des connaissances et des postulats psychologiques et psychiatriques (47).

En revanche, le modèle de doubles continuums considère la santé mentale et la maladie mentale comme des phénomènes interreliés, mais distincts, avec des effets positifs et négatifs, qui fonctionnent indépendamment les uns des autres (47). Une personne peut avoir une bonne santé mentale (ou un trouble). Elle peut présenter à la fois des manifestations de maladie mentale et de santé mentale, physiquement ou émotionnellement, à différents moments ou simultanément.

En 2021, une personne sur trois âgée de 15 ans et plus souffrait d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances au cours de sa vie (48). De plus, 9,6 % de la population âgée de 12 ans et plus a déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur (49). Toutefois, les personnes atteintes d'un trouble anxieux ou de l'humeur diagnostiqué ou d'un trouble lié à la consommation de substances peuvent toujours estimer que leur santé mentale ou leur satisfaction de vivre sont élevées (50).

2.4 SANTÉ MENTALE POSITIVE

L'ASPC définit la santé mentale comme « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle » (51). Par conséquent, une bonne santé mentale est jugée nécessaire pour s'épanouir (44). Elle fait également partie intégrante de la définition de l'OMS de la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et ne consiste pas seulement

en une absence de maladie ou d'infirmité » (17). Une bonne santé mentale a également des effets prouvés sur le fonctionnement biologique, le risque de maladies cardiovasculaires et l'amélioration de l'immunité (43).

Les composantes de la santé mentale positive sont multidimensionnelles et comprennent le fonctionnement (p. ex., les motivations) et l'affect positif (p. ex., le bonheur), les forces, l'épanouissement personnel, les capacités personnelles et les approches existentialistes avec des objectifs eudémoniques (p. ex., des expériences positives) et hédoniques (p. ex., sens de la vie) (43).

En 2016, en consultation avec la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), l'ASPC a élaboré un cadre conceptuel pour renforcer la surveillance de la santé mentale positive et de ses déterminants (52). Le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (CISSMP) comprend cinq indicateurs de résultats et 25 indicateurs déterminants englobant les quatre domaines contextuels de l'individu, de la famille, de la collectivité et de la société. Les résultats positifs en matière de santé mentale comprennent l'autoévaluation de la santé mentale, la satisfaction à l'égard de la vie, le bonheur, le bien-être psychologique et le bien-être social.

En 2021, environ 60 % des adultes et des jeunes de 12 à 17 ans ont déclaré avoir une très bonne ou une excellente santé mentale et 73 % ont déclaré être habituellement « heureux et intéressés par la vie » (35). En moyenne, les adultes et les jeunes ont déclaré être relativement satisfaits de leur vie, environ le tiers des adultes et environ la moitié des jeunes ayant déclaré être « très satisfaits » (35).

Les facteurs de risque et de protection, du niveau de la personne au niveau de la société, contribuent à une santé mentale positive. Les déterminants individuels, par exemple l'activité physique, la consommation de substances (et, pour les jeunes, la consommation de substances par les membres de la famille), la résilience et l'adaptation, peuvent influencer la santé mentale positive d'une personne. De même, les déterminants familiaux comme les relations familiales, le style parental (pour les jeunes), la composition du ménage et le revenu du ménage peuvent favoriser une santé mentale positive. Parmi les déterminants communautaires se trouvent le soutien et les réseaux sociaux, le milieu scolaire et le milieu de travail, et l'environnement du quartier. Les déterminants de la santé mentale au niveau sociétal comprennent la justice sociale, la discrimination et la stigmatisation. Par conséquent, les mesures d'une santé mentale positive sont le plus souvent subjectives; bien qu'elles soient de nature théorique, elles ont été validées empiriquement (43).

Les interventions qui soutiennent la santé mentale des populations doivent se concentrer sur la promotion d'une santé mentale positive en s'attaquant aux déterminants sociaux et structurels afin de compléter la prévention, le traitement et le soutien des maladies. L'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) élabore des stratégies visant à garantir des soins de santé mentale équitables tout au long de la vie et au sein des communautés, en mettant l'accent sur la promotion de la santé mentale, la prévention et l'intervention précoce (328).

2.5 ÉLARGIR LA DÉFINITION DE SANTÉ MENTALE

La connaissance et la définition de la santé mentale sont à la fois historiques et culturelles. Compte tenu de la population autochtone du Canada et de ses façons distinctes de connaître et d'être, de ses politiques historiques et actuelles en matière d'immigration,

ainsi que de ses populations culturellement et socioéconomiquement diversifiées, les conceptualisations, les définitions et les expériences de la santé mentale varient grandement. Cependant, les politiques, les programmes et les initiatives existants visant à aborder la santé mentale tiennent rarement compte de cette diversité. Dans l'ensemble, les initiatives et les traitements existants

reflètent principalement la science biomédicale dominante et la pratique médicale basée sur les données probantes. Ces discours sur la santé mentale sont principalement issus de recherches cliniques et psychologiques axées sur les populations occidentales plus jeunes, instruites et de classe moyenne (53). Les chercheurs ont souligné la façon dont la nature des données probantes et la production de la médecine basée sur des données probantes sont influencées par les systèmes de pouvoir et de privilège, comme le patriarcat et le sexisme, le racisme, le colonialisme, l'hétérosexisme, le capacitisme et le classisme et les reproduisent, et ne reflètent pas la diversité culturelle de pays comme le Canada (53).

Pour remédier à cette limitation, il est nécessaire de reconnaître la population hétérogène du Canada et tenir compte des systèmes de pouvoir, du contexte social plus large et les déterminants croisés de la santé mentale façonnés par les besoins et les expériences respectifs des gens pour comprendre comment les facteurs sociaux et structurels façonnent la santé mentale et l'atteinte de l'équité (54).

Les perspectives autochtones en matière de mieux-être mental tiennent compte de ces facteurs et d'autres facteurs pour fournir un cadre conceptuel plus inclusif et holistique. Le « mieux-être » dans de nombreuses communautés et cultures autochtones du Canada englobe l'équilibre mental, physique, spirituel et émotionnel. Ainsi, le mieux-être met l'accent sur les forces plutôt que sur les lacunes et met en évidence le rôle des environnements sociaux et culturels. Cela contraste avec la vision occidentale de la santé, qui, comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, se concentre en grande partie sur les causes biologiques des anomalies à l'origine de la maladie. Pour cette raison, dans le contexte de l'examen des perspectives autochtones, on parle de « mieux-être mental » plutôt que de « santé mentale ».

Les peuples autochtones ont des visions du monde distinctes et diversifiées qui adoptent souvent l'holisme, la relationalité, la circularité et l'interconnexion (8,55-57). Bien que les membres des Premières Nations, Inuits et Métis représentent des groupes culturels distincts, un point de vue commun à de nombreux membres des Premières Nations, Inuits et Métis est que la santé et le mieux-être

s'entendent d'un équilibre entre les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels de la vie (58,59). Dans les sections suivantes, nous avons adopté une approche fondée sur les distinctions pour explorer différentes conceptions du mieux-être mental. S'appuyant sur un certain nombre de discussions avec des organisations autochtones nationales, ces sections reflètent des façons complémentaires, mais distinctes, de conceptualiser le mieux-être mental.

2.5.1 PREMIÈRES NATIONS

Le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* fournit une définition exhaustive du mieux-être mental : « Le mieux-être mental consiste en un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel. » (11). Les quatre dimensions sont interreliées et nécessaires au mieux-être mental à l'échelle individuelle, familiale et communautaire. Cet équilibre est amélioré lorsque les personnes ont un but, de l'espoir, un sentiment d'appartenance et un sentiment d'importance, qui sont tous des résultats clés en matière de mieux-être.

De ce point de vue, le mieux-être mental est soutenu par un certain nombre de couches et d'éléments interreliés, et la culture constitue la base. Bien que différentes Premières Nations expriment et vivent la culture de différentes façons, il existe des croyances et des concepts fondamentaux communs, soit l'esprit (un concept inclusif de corps, d'esprit, de cœur et d'âme), le cercle (les modes de vie), l'harmonie et l'équilibre, « l'ensemble des relations » (interdépendance avec les gens et la nature), la gentillesse, la bienveillance, le respect, la connexion avec la Terre, le continuum du cheminement de la vie et la langue. La culture est donc « l'expression, les modes de vie et la pratique spirituelle, psychologique, sociale et matérielle de cette vision du monde autochtone » (60). La culture et les langues des Premières Nations reflètent une vision du monde unique qui éclaire les identités individuelles et leur relation avec tous les aspects de la création. Ainsi, la culture guide les façons uniques des Premières Nations de voir, de créer des liens, de vivre et de penser. Les connaissances englobées dans la culture jettent les bases du mieux-être individuel et collectif et fournissent des conseils tout au long de la vie.

2.5.2 INUITS

Le Cadre de mieux-être mental des Inuits définit le bien-être mental comme « l'estime de soi et la dignité personnelle qui découlent de la présence d'un mieux-être physique, émotionnel, mental et spirituel harmonieux et d'une identité culturelle » (7). De ce point de vue, le mieux-être mental n'est pas un concept unique; il englobe la santé mentale et la maladie mentale et vise à prévenir la violence, le suicide et la consommation de substances nocives (7). La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits élargit cette définition du mieux-être mental en reconnaissant également le rôle joué par la résilience comme suit : « une ressource qui croît grâce à l'accumulation de facteurs de protection, parfois appelés actifs de santé, qui contribuent à un mieux-être mental positif, à une capacité accrue à faire face au stress ou à l'adversité, et à des comportements favorisant la résilience » (61).

L'établissement de facteurs de protection qui contribuent au développement des capacités, des compétences et des soutiens sociaux qui offrent aux gens la capacité de faire face au stress et de se remettre d'une crise ou d'un traumatisme est un élément important du concept de mieux-être. La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits décrit certains de ces facteurs de protection, à savoir la capacité de composer avec le stress aigu, la force et le soutien de la famille, le développement optimal axé sur le soutien, la continuité culturelle, l'équité sociale et l'accès aux services de santé mentale et de mieux-être propres aux Inuits. L'équité sociale est atteinte en tenant compte des déterminants sociaux de la santé des Inuits, à savoir la qualité du développement de la petite enfance, la culture et la langue, les moyens de subsistance, la répartition du revenu, le logement, la sûreté et la sécurité, l'éducation, la sécurité alimentaire, la disponibilité des services de santé, le mieux-être mental et l'environnement (61).

Pour les Inuits, la terre revêt une grande importance. On pense que le lien étroit avec la terre, la nature et les activités de récolte favorise la santé globale et le mieux-être mental (62). Manger des aliments traditionnels et passer du temps dans la nature aide à établir et à maintenir une forte identité culturelle, qui est également considérée comme un facteur clé de protection du mieux-être mental (61). La continuité culturelle, qui est un autre facteur de

protection clé du concept de mieux-être des Inuits, peut être soutenue par des approches durables pour relier les Inuits à la terre, à la culture et à la langue.

2.5.3 MÉTIS

Bien que le Ralliement national des Métis ne dispose pas à l'heure actuelle d'un cadre axé spécifiquement sur le mieux-être mental, les communautés, les institutions et les détenteurs du savoir métis continuent de partager leurs connaissances en matière de mieux-être mental dans l'ensemble du territoire des Métis, notamment au moyen de rapports et d'écrits universitaires. Pour les Métis, la santé et le mieux-être englobent non seulement la santé physique, mais aussi un « état d'équilibre et des relations interreliées entre le bien-être physique, mental, émotionnel, social, financier/économique, spirituel, environnemental et culturel » (63). Les concepts de santé et de mieux-être sont étroitement liés au lien avec la famille et au mieux-être des autres au sein des réseaux familiaux (56). Cette vision du monde englobe un lien avec toutes les choses, y compris la terre elle-même, toute la vie sur terre, les autres peuples, et un sentiment d'identité et d'appartenance (64, 65). Le savoir traditionnel, la langue et l'identité culturelle sont essentiels à la santé et au mieux-être mental (9). La participation à des pratiques culturelles est considérée comme un outil important pour promouvoir le mieux-être mental, la fierté culturelle, l'estime de soi et le sentiment d'appartenance (66).

2.6 DIFFÉRENCES ET SIMILITUDES ENTRE LES DÉFINITIONS

En résumé, il n'existe pas de définition unique de la santé mentale. Les définitions diffèrent souvent selon que la santé mentale est conceptualisée comme un état (p. ex., maladie mentale), une dimension de la santé (p. ex., santé mentale par opposition à santé physique), un domaine ou une discipline (p. ex., psychiatrie ou santé publique), ou même un mouvement social (p. ex., hygiène mentale). Les conceptualisations ont depuis été élargies pour considérer la santé mentale comme un domaine de la santé et du bien-être en général, catalysant des approches plus holistiques, en amont, axées sur les forces et positives. La déclaration de l'OMS selon laquelle « il n'y a pas de santé sans santé mentale » (1) reflète ce jalon.

3. Méthodologies

Ce rapport a utilisé un éventail de méthodes pour acquérir une connaissance des déterminants structurels de la santé mentale et des facteurs des inégalités de santé mentale afin de répondre aux objectifs globaux de surveillance des inégalités de santé. Elles sont décrites en détail dans les notes techniques (<https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>). Dans cette section, nous décrivons le cadre directeur de ce projet, la théorie de l'intersectionnalité, qui a orienté la décision d'intégrer les données probantes qualitatives et quantitatives dans le présent rapport ainsi que l'analyse documentaire des données qualitatives et quantitatives sur les déterminants sociaux de la santé mentale au Canada et l'analyse des tendances qui résume les tendances dans les données de l'enquête nationale sur la santé au fil du temps.

3.1 LA THÉORIE DE L'INTERSECTIONNALITÉ EN TANT QUE CADRE DIRECTEUR

La théorie et la pratique de l'intersectionnalité ont fourni le cadre directeur de ce projet. Les approches intersectionnelles, qui émergent des premiers cadres d'analyse de la race, de la classe et du genre, ont continué de se développer dans le creuset du mouvement des droits civiques et du savoir féministe des Noirs (67–70). Face aux systèmes interdépendants de racisme anti-noir, de sexisme, d'hétérosexisme et d'oppression des classes, l'intersectionnalité a été définie comme une théorie, un projet de connaissance à grande échelle, un paradigme de recherche, un cadre analytique et une praxis critique. L'intersectionnalité met l'accent sur l'inégalité sociale (p. ex., oppression, discrimination, marginalisation et stigmatisation) en prêtant attention aux systèmes de pouvoir et de privilèges qui se recoupent (p. ex., racisme, sexisme, hétérosexisme, colonialisme) (67,71). Elle fait référence à l'idée critique selon laquelle les positions sociales comme la race, l'ethnicité, la classe sociale, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'ethnicité, la nationalité, la capacité et l'âge ne peuvent être conceptualisées comme des entités unitaires et mutuellement exclusives, ni fonctionner comme telles, mais bien en tant que formations sociales relationnelles et réciproques qui ne peuvent être séparées (72). L'intersectionnalité met

l'accent sur la nécessité d'examiner les façons dont les systèmes et les structures de pouvoir et d'oppression interconnectés fonctionnent aux niveaux du temps, du lieu et de la société, ce qui contribue à des réalités matérielles inégales et à des inégalités sociales complexes (14,32,73).

Dans le cadre de ce rapport, nous avons remplacé les outils conceptuels et méthodologiques pour mieux comprendre les inégalités en matière de santé mentale au Canada, dans le but d'examiner ces inégalités sous de nouveaux angles, en portant une attention particulière aux systèmes de pouvoir. En particulier, nous nous sommes concentrés sur les principes fondamentaux de la théorie de l'intersectionnalité, notamment 1) l'importance de l'équité (c.-à-d. la justice) et de la justice sociale (c.-à-d. la nécessité d'un changement ou d'un geste transformationnel pour remettre en question et régler les inégalités sociales) (74); 2) la conscience que les identités sociales et les hiérarchies sont construites par des systèmes de pouvoir; 3) une réflexion critique sur les types de connaissances ou de preuves qui sont considérés comme valides et qui participent à la production des connaissances utilisées dans la prise de décisions; et 4) la reconnaissance que la production de connaissances, les contextes sociopolitiques, les déterminants de la santé et les résultats peuvent varier au fil du temps (32).

Les collectivités qui vivent dans des contextes vulnérables ou qui sont désavantagées sont souvent exclues des processus de production de connaissances. Par conséquent, les projets de connaissances intersectionnels tentent d'inclure des voix, des visions du monde et des formes de connaissances diversifiées et adéquatement représentées (p. ex., expérientielles, traditionnelles, scientifiques) dans les processus décisionnels afin de perturber la reproduction de modes sociaux dominants de hiérarchies de production de connaissances. L'intersectionnalité explore diverses théories de la connaissance pour tenir compte de la façon dont les concepts sont compris et définis; elle traite de la façon dont les déterminants de la santé (le long d'axes comme la race/l'ethnicité, le sexe/le genre, la classe, l'orientation sexuelle) s'entrecroisent ou se chevauchent pour façonner

les résultats en matière de santé et les inégalités qui en découlent, au fil du temps et dans tous les contextes. Elle s'appuie sur les concepts du pouvoir et, dans l'ensemble, elle fournit des données probantes pour aider à s'attaquer aux déterminants structurels de la santé et à réduire les inégalités de santé.

Par conséquent, le présent rapport intègre à la fois des données qualitatives et quantitatives, en explorant les principes de l'intersectionnalité consistant à rechercher, à honorer et à intégrer dans la conversation différentes formes de connaissances, en mobilisant une myriade d'experts et de partenaires tout au long du processus de conception de la recherche et en élaborant un exposé circonstancié en collaboration avec un comité directeur composé d'intervenants communautaires, universitaires et de politiques publiques (les membres figurent dans la section des remerciements), qui ont fourni une orientation et une rétroaction tout au long du processus.

Cependant, des améliorations sont possibles. Par exemple, la participation directe des détenteurs de savoirs traditionnels, des communautés et/ou des dépôts et la coproduction de recherches avec eux iraient au-delà des sources conventionnelles de publications évaluées par des pairs et des voix universitaires qui constituent la majorité des données présentées dans ce rapport.

3.2 LE RÔLE DE LA RECHERCHE QUALITATIVE DANS L'EXAMEN DES INÉGALITÉS DE SANTÉ MENTALE

Les méthodologies de recherche qualitative contribuent à l'élaboration de connaissances et de discours qui ne sont ni standardisés ni singuliers, et fournissent de riches descriptions d'expériences multidimensionnelles (75,76). Dans ce rapport, des études qualitatives ont été résumées afin de fournir un contexte plus vaste pour les différences dans les enquêtes sur la population afin de mieux comprendre la nature des inégalités en matière de santé mentale. Nous avons utilisé des données qualitatives à dessein et de manière critique pour examiner les types d'idées qui sous-tendent la manière dont la santé mentale est décrite et comprise dans différents contextes avec de multiples populations. Une partie de cet exercice consistait à examiner les perspectives théoriques sur lesquelles

reposaient les études afin de voir comment les auteurs encadraient les multiples dimensions qui contribuent à la santé mentale. En appliquant une analyse guidée par une approche intersectionnelle, nous avons accordé une attention particulière à la nuance et à la complexité des lieux et contextes sociaux et des relations de pouvoir qui ont un impact sur la santé mentale (par exemple, les expériences négatives de certaines populations en matière d'accès aux soins). En outre, l'adoption d'une synthèse narrative des thèmes qualitatifs pour guider la structure du rapport respecte la nature interprétative des méthodologies qualitatives et réoriente ainsi le rapport pour examiner les contributions structurelles et systémiques aux inégalités en matière de santé mentale au Canada.

3.2.1 MÉTHODES DE RECHERCHE QUALITATIVE

Pour le volet qualitatif du rapport, nous avons procédé à un examen rapide (77) des études qualitatives sur les déterminants sociaux de la santé mentale et les inégalités de santé mentale du point de vue de la santé publique canadienne. Les études ont été publiées sur une période de 10 ans (2012-2022). Les recherches ont porté sur un éventail de termes relatifs à la santé mentale (de positifs à négatifs). Cependant, il est important de reconnaître que la recherche sur les inégalités de santé a toujours été axée sur les lacunes et que les résultats qualitatifs peuvent refléter cette perspective. La revue rapide a porté sur des recherches évaluées par des pairs qui ont utilisé une variété de méthodologies qualitatives et se sont concentrées sur les expériences vécues de la santé mentale des participants afin de comprendre les contextes complexes des inégalités de santé mentale. Un bibliothécaire de Santé Canada a participé à l'élaboration de la stratégie de recherche et à la compilation des documents. Des critères d'inclusion stricts ont été utilisés, en phase avec les capacités de l'équipe de recherche, pour limiter l'examen.

Nous avons adopté un processus de recherche documentaire par étapes et itératif afin de nous familiariser avec les principaux sujets d'étude, les sous-populations et les perspectives théoriques de la recherche sur les inégalités de santé mentale. Étant donné que l'accent a été mis sur les recherches évaluées par des pairs et publiées dans des revues universitaires, il est possible que

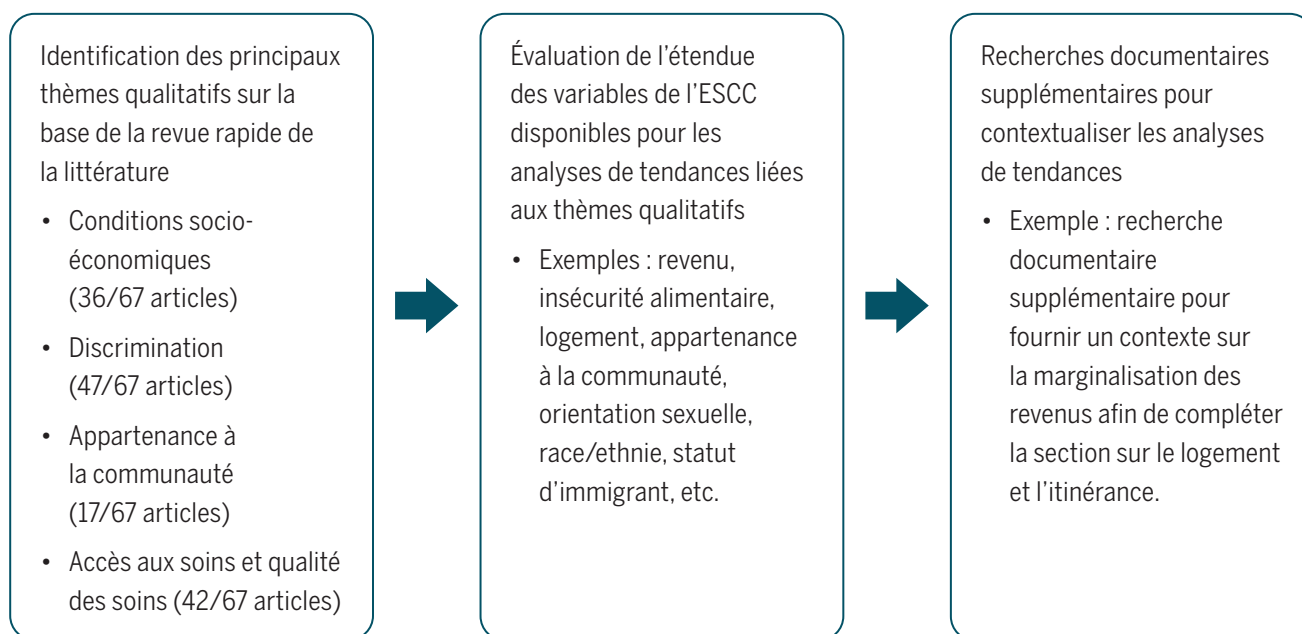
la synthèse des données probantes soit entachée d'un biais de publication. Toutefois, cette première analyse a été complétée par d'autres recherches documentaires et d'autres formes de connaissances ont été incluses, le cas échéant. Les sources consultées pour les sections consacrées aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis ont été identifiées grâce à des discussions avec nos partenaires autochtones ou à des recherches ciblées sur le sujet en question.

Nous avons suivi un processus de synthèse narrative pour dégager des thèmes clés dans l'ensemble des données examinées (76). L'objectif de ce processus était de générer de nouvelles idées en amalgamant les résultats des études. En utilisant une approche inductive, nous avons extrait et synthétisé les résultats de 67 études canadiennes (sur un total de 588 relevées au départ). Les thèmes clés issus de la synthèse qualitative sont : les conditions socio-économiques, le racisme, la xénophobie, l'homophobie et d'autres types de discrimination, les liens sociaux et culturels, les réseaux de soutien et l'appartenance à la

communauté, et la qualité et l'utilisation des services de santé ainsi que l'accès à ces derniers. Nous avons effectué une recherche supplémentaire à titre de validation pour nous assurer que ces quatre thèmes étaient cohérents avec les examens systématiques des déterminants sociaux de la santé mentale au-delà de la période de dix ans sur laquelle portait la recherche initiale. Nous avons constaté que les quatre thèmes qualitatifs identifiés étaient bien représentés et validés par la recherche complémentaire (78-81).

À partir de ces quatre thèmes, nous avons utilisé un processus itératif pour réunir les approches méthodologiques qualitatives et quantitatives en appliquant les principes de l'intersectionnalité et de l'épidémiologie sociale afin de mieux comprendre et décrire les inégalités de santé mentale au Canada. Pour une représentation visuelle de la façon dont nous avons utilisé la littérature qualitative pour conduire l'analyse thématique et la sélection des tendances quantitatives, veuillez vous référer à la figure 2.

Figure 2 : Représentation visuelle de l'analyse thématique et de la sélection des tendances quantitatives



3.3 COMPOSANTE DE LA RECHERCHE QUANTITATIVE : RÉSULTATS ET ENQUÊTES

Une analyse des tendances visant à évaluer les inégalités de santé mentale au fil du temps a été réalisée à l'aide des données transversales de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (voir les détails dans les notes techniques, <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>). Sauf indication contraire, les tendances sont présentées pour les intervalles de temps suivants : 2007 à 2010, 2011 à 2013, 2014 à 2016, 2017 à 2019 et 2020 à 2022 (la période de COVID-19). Cela permet d'assurer des tailles d'échantillon suffisamment grandes lors de l'analyse des données pour les sous-populations. En 2015, Statistique Canada a révisé la méthodologie de l'ESCC, y compris les bases de sondage, la méthode de collecte des données et le contenu du questionnaire. Toutefois, l'examen des tendances annuelles des résultats en matière de santé mentale et des déterminants sociaux n'a révélé aucune anomalie majeure à cette époque. Nous avons choisi d'utiliser l'ESCC plutôt qu'une autre enquête nationale parce qu'elle rassemble plusieurs résultats en matière de santé mentale et de déterminants sociaux, qu'elle dispose d'un échantillon de grande taille et que le contenu des questionnaires est resté largement cohérent d'un cycle annuel à l'autre. Cependant, l'ESCC ne couvre pas les personnes vivant dans des réserves ou d'autres établissements autochtones dans les provinces, ni celles vivant dans les régions sanitaires du Québec, à savoir le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie James, ce qui limite les résultats sur les Premières Nations vivant dans des réserves et les Inuits des communautés nordiques du Québec qui font partie de l'Inuit Nunangat. De plus, l'enquête demande aux répondants de s'identifier comme Premières Nations, Inuits ou Métis, ce qui n'est pas toujours conforme aux critères établis par chaque nation ou peuple. Avec le soutien financier de l'ASPC, le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) produit un rapport sur le mieux-être mental des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés nordiques. Ce rapport utilisera les données de l'Enquête régionale sur la santé, la première et unique enquête nationale sur la santé des Premières

Nations. Le rapport du CGIPN, dont la publication est prévue en 2025, complétera et développera certaines des conclusions de ce rapport actuel.

Les analyses quantitatives présentées dans ce rapport se concentrent sur deux résultats positifs en matière de santé mentale : la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et une bonne santé mentale autoévaluée (35). Ces mesures ont été sélectionnées à l'aide d'évaluations qualitatives qui ont pris en compte les indicateurs précédemment utilisés par l'IRIS, la couverture dans les groupes de population qui sont importants pour l'équité en matière de santé, et un équilibre entre les concepts occidentaux et autochtones du mieux-être mental fondés sur les distinctions. Les résultats ont été classés par ordre de priorité en raison de l'attention croissante accordée aux modèles de rapports fondés sur les forces. Ces modèles peuvent, par exemple, représenter des sujets pour lesquels les inégalités sont peu étudiées, comme les indicateurs de résilience. L'accent est alors mis sur d'autres aspects que les problèmes ou les déficits inhérents au suivi des inégalités, qui peuvent contribuer à la stigmatisation (82).

En outre, certains résultats sont harmonisés aux cadres fédéraux et internationaux de la qualité de vie (83,84). Par conséquent, le rapport ne représente pas une mesure exhaustive de la santé mentale positive, mais plutôt un résumé de certains indicateurs clés.

Le résultat moyen de la satisfaction à l'égard de la vie repose sur l'évaluation par les répondants de leur « satisfaction à l'égard de la vie dans son ensemble à l'heure actuelle » sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à « très insatisfait » et 10 à « très satisfait ». Les analyses de la satisfaction à l'égard de la vie ont exclu les données de la vague d'enquête 2007-2008, car cette vague utilisait une échelle différente. Une bonne santé mentale autodéclarée est déterminée par la déclaration par les répondants d'une santé mentale « excellente » ou « très bonne » par rapport aux autres options « bonne », « moyenne » ou « médiocre ».

Un autre résultat lié à la santé mentale analysé est le besoin non satisfait de services de santé mentale, qui représente la proportion de personnes ayant déclaré que leurs besoins en matière de services de santé mentale étaient partiellement ou pas du tout satisfaits par rapport à ceux qui étaient entièrement satisfaits. Ce résultat a été choisi parce qu'il correspond aux résultats de la recherche qualitative. Les données relatives à ce résultat n'ont pas été recueillies de manière cohérente entre les différentes vagues de l'ESCC, et c'est pourquoi les données de l'ESCC 2012 - Santé mentale et de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS) de 2022 ont été utilisées à la place. Ces deux enquêtes sont représentatives au niveau national et leur conception est similaire à celle de l'ESCC annuelle.

L'enquête sur COVID-19 et la santé mentale (2020-2021) a été utilisée pour mener une analyse exclusive et ciblée des impacts socio-économiques de COVID-19 sur la santé mentale.

Parmi les déterminants sociaux de la santé étudiés dans ce rapport se trouvent le revenu relatif du ménage, la situation professionnelle, la sécurité alimentaire du ménage, la race/l'ethnie, le statut d'immigrant, l'identité autochtone, l'orientation sexuelle, le sexe/genre et le sentiment d'appartenance à la communauté. La même méthode d'établissement d'une concordance avec les données qualitatives a été utilisée pour déterminer ces déterminants sociaux de la santé.

Dans la mesure du possible, les résultats quantitatifs ont été ventilés par sexe/genre. L'ESCC n'a rendu compte que du sexe des répondants jusqu'en 2019, date à laquelle une variable distincte a été introduite pour saisir le genre. Dans ce rapport, comme dans le rapport de 2018 intitulé *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* (85), nous utilisons la variable du sexe en raison de la cohérence des données sur le sexe et/ou le genre au fil des ans. L'utilisation de cette variable repose sur l'hypothèse que les inégalités de santé entre les hommes et les femmes sont souvent attribuables à l'interconnexion des constructions du genre déterminées biologiquement et socialement.

Les figures illustrant les analyses quantitatives mentionnées correspondent au sujet des sections. De plus amples détails sur les résultats en matière de santé mentale et les déterminants sociaux de la santé sont décrits dans les notes techniques <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>. D'autres résultats et déterminants sociaux ont également été analysés et sont disponibles dans l'outil de données en ligne qui les accompagne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html> (voir le tableau 1 pour une liste complète).

Tableau 1. Liste des indicateurs et des stratificateurs disponibles dans l’outil de données du rapport

SANTÉ MENTALE ET DÉTERMINANTS DES TENDANCES EN MATIÈRE D'INÉGALITÉ DE SANTÉ	
RÉSULTATS (INDICATEURS)	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à un fournisseur régulier de soins de santé • Auto-évaluation de la santé mentale – excellente/très bonne • Auto-évaluation de la santé mentale – passable/mauvaise • Besoins insatisfaits en matière de services de santé mentale • Diagnostic de trouble de l'humeur • Diagnostic de trouble anxieux • Diagnostic des troubles de l'humeur et/ou des troubles anxieux • Épisode dépressif majeur • Niveau élevé de stress dans la vie • Idées suicidaires • Symptômes de dépression et d'anxiété • Santé mentale florissante • Satisfaction moyenne à l'égard de la vie • Sentiment fort d'appartenance à la communauté • Services d'aide en raison de problèmes émotionnels, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues, 12 derniers mois • Tentative de suicide • Trouble dépressif majeur



STRATIFICATEURS	Selon le sexe et le genre et ...	
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à parler la langue officielle selon la géographie • Accès à un fournisseur de soins de santé • Âge • Éducation • Situation professionnelle • Première langue officielle parlée par zone géographique • Sécurité alimentaire du ménage • Revenu des ménages • Mode d'occupation du logement • Statut d'immigré • Statut d'immigrant par origine culturelle/raciale • Récence de l'immigration 	<ul style="list-style-type: none"> • Identité autochtone – Premières Nations (hors réserve), Inuits et des Métis • Vivre seul • Situation matrimoniale • Emplois multiples • Concentration d'immigrants et de minorités visibles dans le quartier • Indice des ressources matérielles du quartier • Profession • Inadéquation professionnelle • Race/ethnicité • Résidence rurale/urbaine • Sentiment d'appartenance à la communauté • Orientation sexuelle

3.3.1 MESURER LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION : L'APPROCHE DU CANADA EN MATIÈRE DE SURVEILLANCE

La collecte de données sur la santé mentale de l'ensemble de la population est essentielle pour façonner les systèmes et les services de santé mentale et favoriser la santé mentale dans son ensemble. Avec l'émergence d'une compréhension plus holistique de la santé mentale, les efforts de surveillance de la santé mentale au Canada ont élargi la gamme d'indicateurs de santé mentale recueillis dans le cadre d'enquêtes sociales et sanitaires nationales pour tenir compte des mesures de la détresse mentale, qui ne correspond pas nécessairement à un diagnostic de maladie mentale, et de la santé mentale positive (52). La surveillance des deux dimensions de la santé mentale, comme la détresse mentale et la santé mentale positive, est importante pour éclairer les stratégies visant à identifier les facteurs de risque et de protection, comme le statut économique, l'appartenance à la communauté et les interactions sociales (et les inégalités au sein de celles-ci), qui peuvent soutenir les efforts de promotion de la santé mentale.

Le Canada dispose de systèmes bien établis pour surveiller les différents états de la maladie mentale, du suicide et de la santé mentale positive. Le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive permet de suivre un certain nombre de résultats positifs en matière de santé mentale, comme l'auto-évaluation de la santé mentale, le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie et le bien-être psychologique et social, ainsi que les facteurs de risque et de protection qui y sont associés, principalement à l'aide de données provenant d'enquêtes nationales sur la santé (par exemple, l'ESCC) (35). Le Cadre d'indicateurs de surveillance de suicide de l'ASPC fournit des informations sur les résultats du suicide et des blessures auto-infligées, ainsi que sur les facteurs de risque et de protection qui y sont associés.

Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) surveille les indicateurs de la maladie mentale à l'aide de données administratives. Ces indicateurs comprennent l'utilisation des services de santé pour les maladies mentales et les troubles induits par l'alcool et les drogues, les troubles de l'humeur et de l'anxiété, ainsi que l'incidence et la prévalence de la schizophrénie et la mortalité due à cette maladie (86).

L'ASPC surveille également la prévalence de certains diagnostics de troubles mentaux autodéclarés à l'aide d'enquêtes nationales comme l'ESCC (87).

Enfin, l'IRIS fournit des données complètes sur la répartition de l'état de santé mentale positif et négatif dans différents groupes de population en fonction de divers déterminants socioéconomiques, qui peuvent être utilisées pour faire progresser l'équité en matière de santé (88).

3.4 IMPLICATIONS POUR CE RAPPORT ET LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Afin de refléter la diversité des définitions et des concepts décrits dans les sections 2 et 3, ce rapport et l'outil de données en ligne qui l'accompagne explorent les déterminants sociaux de la santé mentale et les résultats qui couvrent le double continuum de la santé mentale, depuis les indicateurs de santé mentale positive, comme une santé mentale et une satisfaction de la vie élevées, jusqu'aux comportements associés, comme la consommation de substances, les diagnostics de troubles de l'humeur et d'anxiété et la morbidité qui y est associée.

Une réflexion critique sur la façon dont les résultats de santé sont construits et définis est un exercice utile pour les chercheurs qui conçoivent les systèmes de surveillance de la santé publique au Canada. Dans l'analyse qualitative de la littérature, les concepts et les définitions de la santé mentale varient considérablement d'une étude à l'autre. Bien que certaines études fassent référence à la définition de la santé de l'OMS en tant qu'« état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (42), les participants aux études qualitatives se réfèrent rarement à une seule définition. Ils ont plutôt parlé de « stress », d'« anxiété », de « détresse », d'« épreuve », de « souffrance », de « lutte » et de « difficulté », entre autres expressions. On peut donc se demander si les mesures de la santé mentale utilisées dans les enquêtes sur la santé de la population sont pertinentes et comprises par tous les répondants. Dans les sections 4 et la discussion, nous nous concentrons sur les personnes qui comprennent et décrivent la santé mentale de différentes manières et sur la façon dont la santé mentale peut être examinée de manière plus large.

4. Constats

4.1 FACTEURS D'INÉGALITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE AU CANADA

À l'aide d'une synthèse narrative, nous avons cerné quatre thèmes liés aux déterminants sociaux de la santé mentale et du bien-être : les conditions socioéconomiques, le racisme et la discrimination, les liens sociaux et culturels, les réseaux de soutien et le sentiment d'appartenance à la communauté, ainsi que l'utilisation et la qualité des services de soins de santé et l'accès à ces derniers. Nous avons procédé à un examen rapide de 67 études qualitatives publiées entre 2012 et 2022 qui portaient sur les déterminants sociaux de la santé mentale et du bien-être au Canada (voir les notes techniques <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html> pour les méthodes détaillées). La recherche qualitative examinée a fait un usage explicite d'au moins 12 théories et cadres ou modèles théoriques pour explorer et expliquer les systèmes, les structures et les forces qui façonnent les conditions sociales et les inégalités dans la société canadienne. Il s'agit notamment de la théorie de l'intersectionnalité, de la théorie sociale écologique, de la théorie féministe critique, des cadres d'environnement à risque, de la violence systémique, structurelle et symbolique, de la masculinité hégémonique, du modèle du stress lié à l'emploi, de la théorie du stress des minorités et du cadre des déterminants sociaux de la santé. On peut dire que ces théories ont toutes le même

objectif principal, à savoir reconnaître la relation de pouvoir et de privilège accordée à certains plutôt qu'à d'autres. Nombre de ces théories fournissent des explications bien étayées des processus complexes, interdépendants et multiniveaux qui peuvent entraîner des inégalités en matière de santé mentale. Chaque explication identifie des facteurs structurels uniques d'inégalité qui se produisent au niveau de la société.

Ces théories reconnaissent que 1) des processus multiniveaux façonnent la distribution des conditions sociales dans la société et donc les inégalités de santé qui en découlent (c'est-à-dire de l'individu aux niveaux interpersonnel, communautaire et sociétal), 2) des systèmes de pouvoir façonnent les inégalités dans les conditions sociales déterminantes pour la santé et 3) la nécessité de se concentrer sur la réduction des inégalités de santé pour améliorer l'état de santé des sous-populations. Nous reconnaissons que la portée de notre recherche documentaire peut avoir influencé les types d'études incluses et, par conséquent, ces thèmes. Pour remédier à cette limitation potentielle, nous avons effectué une recherche supplémentaire d'examen systématiques sur les déterminants sociaux des inégalités en matière de santé mentale afin de valider nos thèmes (décrits en détail à la section 3.2.1).

Le résultat moyen en matière de satisfaction à l'égard de la vie est basé sur l'évaluation par les répondants de l'ESCC de leur "satisfaction à l'égard de la vie dans son ensemble à l'heure actuelle" sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente "très insatisfait" et 10 "très satisfait".

Le résultat élevé en matière de santé mentale autodéclarée est déterminé sur la base de la déclaration par les répondants d'une santé mentale « excellente » ou « très bonne » par rapport aux autres options « bonne », « moyenne » ou « médiocre ».

Dans cette section, nous démontrons que la santé mentale positive n'est pas vécue de la même façon par tous les Canadiens. Nous établissons le profil des inégalités au niveau de la population en fonction de deux indicateurs, soit la santé mentale autodéclarée élevée et la satisfaction moyenne à l'égard de la vie, en utilisant les données des composantes transversales annuelles de l'ESCC de 2007 à 2021 (voir la section 3.3 ou les notes techniques <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html> pour obtenir plus de détails sur les indicateurs choisis). Les définitions adoptées pour les indicateurs figurent à la section 3.3.

Les indicateurs de santé mentale positive sont particulièrement importants, car une relation a été établie entre une santé mentale autoévaluée élevée et l'utilisation des soins de santé (89) et un risque élevé de maladie chronique et de décès (90). En outre, des études récentes sur les effets de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale se sont concentrées sur diverses mesures positives de la santé mentale, notamment la satisfaction à l'égard de la vie et l'autoperception de la santé mentale (91-93).

Il a été démontré que les résultats positifs en matière de santé mentale, comme la satisfaction à l'égard de la vie, varient d'un pays à l'autre. En 2022, les personnes vivant au Canada ont décrit leur satisfaction globale à l'égard de la vie comme étant de 7 sur une échelle de 0 à 10 (par rapport à la moyenne de l'OCDE de 6,7). Quelques pays, comme le Danemark, la Finlande, l'Islande, les Pays-Bas et la Suisse, ont obtenu des scores moyens de 7,5 ou plus (94). À l'autre extrémité de l'échelle, 6,7 % de la population des pays de l'OCDE ont fait état d'un faible niveau de satisfaction à l'égard de la vie (une note de 4 ou moins sur 10) entre 2013 et 2020. Au Canada, moins de 3 % de la population a déclaré des scores aussi faibles (95). Toutefois, les estimations globales au niveau d'un pays ne tiennent pas compte des différences entre les groupes de population au sein d'un même pays, ni de l'aggravation ou de la réduction des inégalités au fil du temps. En outre, des contextes sociaux et des facteurs culturels différents peuvent influencer les perceptions des habitants de

différents pays lorsqu'ils évaluent leur satisfaction dans la vie, ce qui entrave les comparaisons entre pays dans de nombreux rapports internationaux.

Malgré le niveau relativement élevé de santé mentale positive au Canada (mesurée par la satisfaction à l'égard de la vie), il est essentiel d'examiner les différences (ou inégalités) de distribution à l'intérieur du pays. Cela est d'autant plus important que le rétablissement post-pandémique a fait ressortir la nécessité de s'attaquer d'urgence aux inégalités en matière de santé qui ont pu être exacerbées pendant et par la pandémie. Dans cette section, nous établissons un portrait de la répartition des résultats positifs en matière de santé mentale entre différents groupes de population et/ou différents déterminants de la santé.

4.1.1 CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES : RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE

Au Canada et ailleurs dans le monde, le statut socioéconomique est un déterminant important de la santé mentale à tous les stades de la vie (96-99). Le lien entre le statut socioéconomique et la santé mentale est influencé par des facteurs tels que le manque d'accès aux possibilités et aux ressources matérielles et sociales, la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité sociale (100). Ce lien est souvent décrit comme un double cycle d'insécurité financière et de problèmes de santé mentale (également appelé relation bidirectionnelle). En d'autres termes, l'évolution des revenus et des ressources matérielles a une incidence directe sur la santé mentale et, *inversement*, une santé mentale fragile peut entraîner une dégradation des résultats économiques (100,101). Ce cycle peut se poursuivre d'une génération à l'autre. Pour briser le cycle, il faut adopter des approches globales qui s'attaquent simultanément aux causes structurelles, systémiques et institutionnelles de l'insécurité financière et de la répartition inéquitable des richesses, ainsi qu'aux problèmes de santé mentale (79).

Dans cette section, nous décrivons l'évolution des inégalités en matière de santé mentale au fil du temps en fonction des déterminants sociaux de la santé, notamment la position socioéconomique (par exemple, le niveau de revenu ou la situation d'emploi), les conditions de vie quotidienne (par exemple, le logement stable et sûr) et les facteurs structurels (par exemple, l'insécurité alimentaire et les conditions de travail). Les résultats reflètent également les inégalités en matière de santé mentale pendant et avant la pandémie de COVID-19.

Revenu

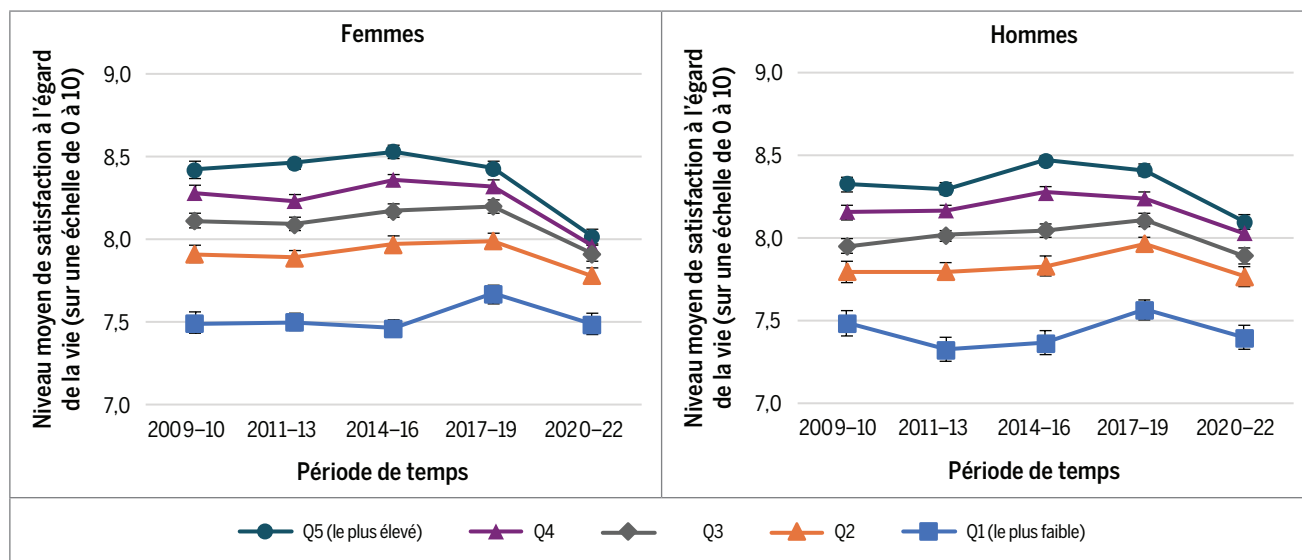
Le revenu, la pauvreté et la défavorisation matérielle sont liés à la santé mentale, tout comme la position socioéconomique d'une personne définie par sa situation d'emploi et son niveau de scolarité, par exemple (97,102). Selon les théories du stress psychosocial, la privation relative peut entraîner une comparaison sociale et contribuer à l'apparition de problèmes de santé mentale en aggravant le stress chronique, l'isolement social, les comportements malsains et le manque d'estime de soi (103). Les gradients socioéconomiques en santé mentale — selon lesquels les résultats des personnes à très faible revenu, ayant un faible niveau de scolarité et une profession peu spécialisée, sont généralement moins bons, et s'améliorent progressivement à mesure qu'elles gravissent l'échelle socioéconomique — sont bien documentés au Canada (85).

Les figures 3.A et 3.B montrent les gradients de revenu dans la prévalence de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée au fil du temps, chez les hommes et les femmes. Les gradients de revenu se sont réduits au fil du temps, tant avant (de 2017 à 2019) que pendant la pandémie de la COVID-19 (de 2020 à 2022). Entre 2007 et 2010, il y avait une différence d'environ 19 points de pourcentage entre les personnes du premier et du dernier

quintile de revenu rapportant un niveau élevé de santé mentale (19,2 pour les hommes et 18,7 pour les femmes). Entre 2014 et 2016, la différence de points de pourcentage a atteint un sommet de 20,7 chez les hommes et de 21,5 chez les femmes. Entre 2020 et 2022, les écarts se sont réduits à 12,0 et 10,9 points de pourcentage pour les hommes et les femmes, respectivement. Au fil du temps, les inégalités liées au revenu dans la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée étaient sensiblement les mêmes pour les femmes et les hommes.

En ce qui concerne la satisfaction à l'égard de la vie, la réduction des inégalités liées au revenu au fil du temps, qui étaient plus importantes chez les femmes que chez les hommes, reflétait à la fois une augmentation de la satisfaction de vivre pour les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas et une diminution pour celles issues des milieux favorisés. La réduction dans le temps des inégalités absolues liées au revenu dans la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était surtout attribuable aux baisses plus marquées chez les personnes des quintiles de revenu les plus élevés, en particulier entre 2014 et 2016.

Figure 3.A. Tendances de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon le sexe ou le genre et le quintile de revenu du ménage, population de 12 ans et plus, de 2009 à 2022



	Différence de score pour la satisfaction moyenne à l'égard de la vie Quintile de revenu le plus bas (Q1) par rapport au plus élevé (Q5) (référence)					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
						2009-2010 par rapport à 2020-2022	
Hommes	-0,84 (-0,92, -0,75)	-0,97 (-1,05, -0,89)	-1,10 (-1,17, -1,02)	-0,84 (-0,91, -0,78)	-0,69 (-0,78, -0,61)	-0,14 (-0,26, 0,02)	-17
Femmes	-0,93 (-1,01, -0,85)	-0,96 (-1,02, -0,89)	-1,07 (-1,14, -1,01)	-0,77 (-0,83, -0,70)	-0,52 (-0,60, -0,44)	-0,41 (-0,52, -0,29)	-44

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Q1, quintile 1 ou groupe de personnes dont les revenus sont les plus bas; Q5, quintile 5 ou groupe de personnes dont les revenus sont les plus élevés; DS, différence de score; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Satisfaction moyenne à l'égard de la vie : niveau de satisfaction déclaré à l'égard de la vie dans son ensemble au moment de l'enquête, sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10, « très satisfait ». Les valeurs négatives des différences de score (DS) de satisfaction à l'égard de la vie indiquent des inégalités absolues liées au revenu pour l'ensemble de la série chronologique. Une valeur de 0 indique qu'il n'y a pas de différence entre les groupes pour cette mesure de la santé mentale à un point donné dans le temps. Les variations dans les inégalités sont exprimées en valeur absolue et en valeur relative entre la première et la dernière période.

Calcul de la variation absolue : (DS en 2009-2010) - (DS de 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DS \text{ en } 2009-2010) - (DS \text{ en } 2020-2022)] / (DS \text{ en } 2009-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités dans la satisfaction de vivre selon le revenu; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Les quintiles de revenu sont basés sur le revenu autodéclaré des ménages, ajusté en fonction de la taille de celui-ci, de la taille de la communauté et de la province de résidence.

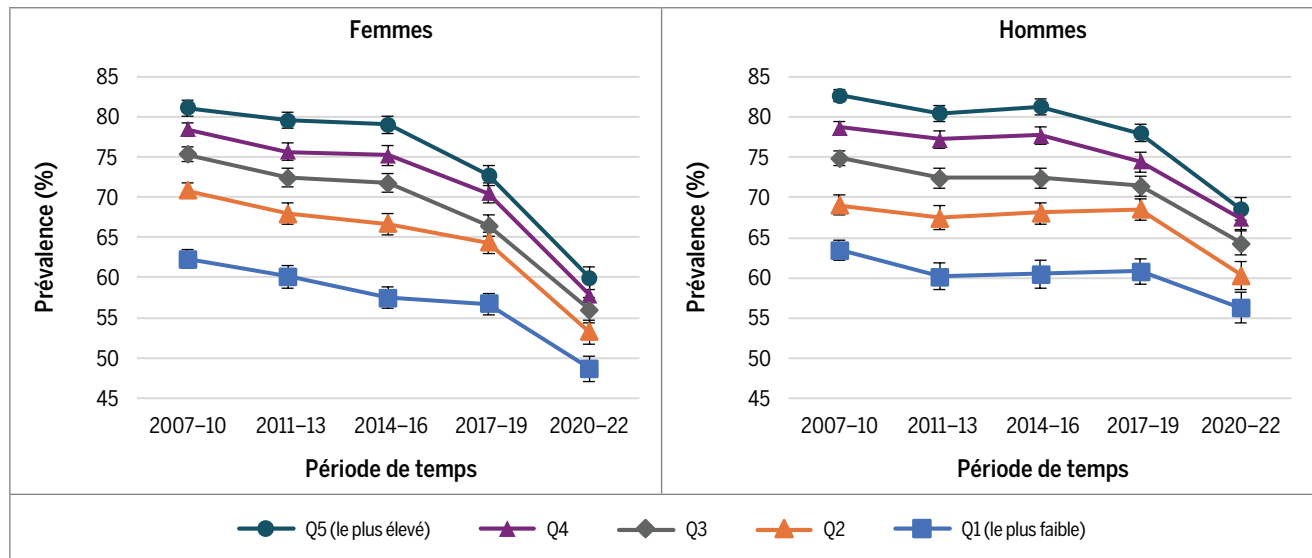
Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Les analyses ont exclu les données de la vague d'enquête 2007-2008, qui utilisait une échelle de satisfaction de la vie différente. La prudence est de mise lorsqu'il s'agit de comparer les estimations des cycles antérieurs à 2015 et les données publiées en 2022. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 3.B. Tendances de la prévalence d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale autoévaluée selon le sexe ou le genre et le quintile de revenu du ménage, population de 12 ans et plus, de 2007 à 2022



	Différence de prévalence d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale autoévaluée Quintile de revenu le plus bas (Q1) par rapport au plus élevé (Q5) (référence)					Variation absolue (IC à 95%)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes	-19,2 (-20,7, -17,7)	-20,3 (-22,3, -18,3)	-20,7 (-22,7, -18,7)	-17,3 (-19,1, -15,4)	-12,0 (-14,9, -9,1)	-7,2 (-10,0, -4,4)	-38
Femmes	-18,7 (-20,2, -17,3)	-19,4 (-21,2, -17,7)	-21,5 (-23,3, -19,8)	-16,0 (-17,8, -14,2)	-10,9 (-13,0, -8,7)	-7,9 (-10,5, -5,2)	-42

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; Q1, quintile 1 ou groupe de personnes dont les revenus sont les plus bas; Q5, quintile 5 ou groupe de personnes dont les revenus sont les plus élevés; SMA, santé mentale autoévaluée; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne.

Notes :

Excellente ou très bonne santé mentale autoévaluée (SMA) : pourcentage de la population ayant déclaré avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé mentale (par opposition à « bonne », « passable » ou « mauvaise »). Les valeurs négatives de la différence de prévalence (DP) entre le Q1 et le Q5 indiquent des inégalités absolues liées au revenu pour l'ensemble de la série chronologique. Une valeur de 0 indique qu'il n'y a pas de différence entre les groupes pour cette mesure de la santé mentale à un point donné dans le temps. Les variations dans les inégalités sont exprimées en valeur absolue et en valeur relative entre la première et la dernière période.

Calcul de la variation absolue : (DP de 2007 à 2010) - (DP de 2020 à 2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ de } 2007 \text{ à } 2010) - (DP \text{ de } 2020 \text{ à } 2022)] / (DP \text{ de } 2007 \text{ à } 2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées au revenu dans la prévalence d'une excellente ou d'une très bonne SMA; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Les quintiles de revenu sont basés sur le revenu autodéclaré des ménages, ajusté en fonction de la taille de celui-ci, de la taille de la communauté et de la province de résidence.

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

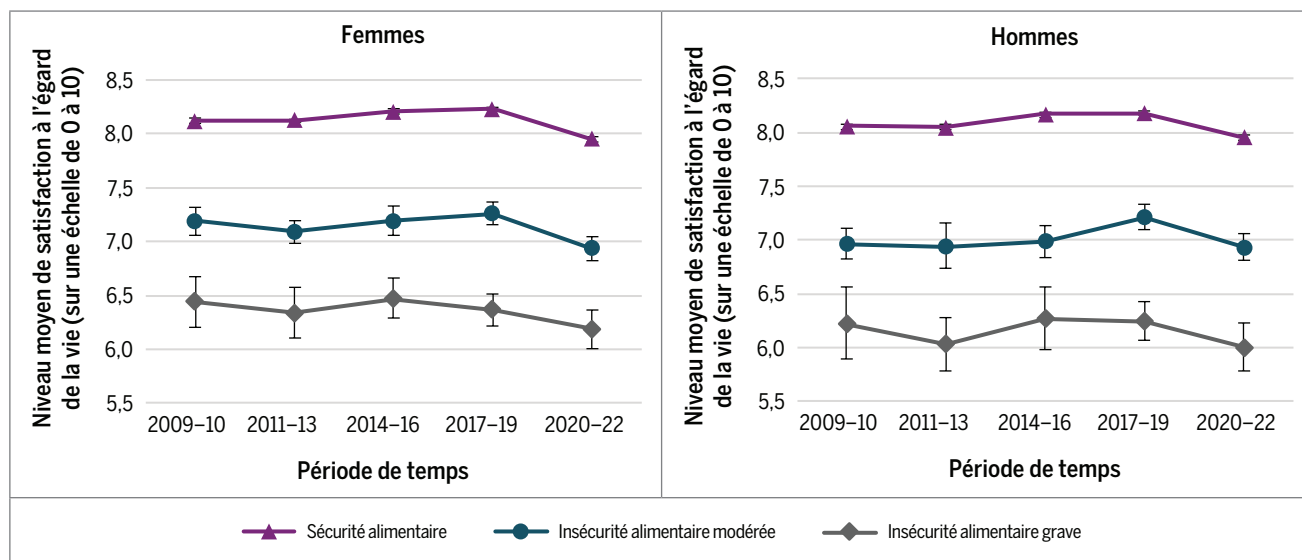
Insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire, soit un accès insuffisant ou précaire à la nourriture en raison de difficultés financières, a touché quelque 6,9 millions de personnes au Canada (104). Les figures 4.A et 4.B montrent des gradients clairs en ce qui concerne la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et le niveau élevé de santé mentale autoévaluée, ainsi qu'au fil du temps, en fonction du niveau de sécurité alimentaire (sécurité alimentaire, insécurité alimentaire modérée, insécurité alimentaire grave). Pendant la pandémie de la COVID-19 (de 2020 à 2022), la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était inférieure d'environ 32 points de pourcentage chez les hommes en situation d'insécurité alimentaire grave par rapport aux hommes en situation de sécurité alimentaire. Chez les femmes, la différence était de 37 points de pourcentage. Ces résultats concordent avec les données actuelles établissant un lien entre l'insécurité alimentaire et une mauvaise santé mentale au Canada (105-107).

Les écarts liés à la sécurité alimentaire pour la satisfaction à l'égard de la vie et le niveau élevé de santé mentale autoévaluée tendent à se maintenir dans le temps (figures 4.A et 4.B). Seule exception, une augmentation d'environ 6 points de pourcentage de l'écart pour ce qui est du niveau élevé de santé mentale autoévaluée entre les femmes en situation d'insécurité alimentaire grave et celles en situation de sécurité alimentaire. Cela correspond à une augmentation de 18 % de l'inégalité relative entre les périodes de 2007 à 2010 et de 2020 à 2022.

Selon Santé Canada, l'insécurité alimentaire est « l'incapacité d'acquérir ou de consommer des aliments de qualité adéquate ou en quantité suffisante d'une manière socialement acceptable, ou l'incertitude de pouvoir le faire » (329). L'insécurité alimentaire des ménages est un marqueur de défavorisation matérielle (102).

Figure 4.A. Tendances de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon le sexe ou le genre et le niveau d'insécurité alimentaire du ménage, population de 12 ans et plus, de 2009 à 2022



	Différence de score pour la satisfaction moyenne à l'égard de la vie					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2009-2010 par rapport à 2020-2022	
Hommes							
Sécurité alimentaire (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Insécurité alimentaire modérée	-1,09 (-1,24, 0,95)	-1,11 (-1,32, -0,89)	-1,18 (-1,33, -1,03)	-0,97 (-1,10, -0,85)	-1,02 (-1,15, -0,89)	-0,07 (-0,26, 0,13)	-6
Insécurité alimentaire grave	-1,83 (-2,17, -1,49)	-2,02 (-2,27, -1,77)	-1,90 (-2,19, -1,61)	-1,94 (-2,12, -1,77)	-1,93 (-2,17, -1,7)	0,10 (-0,31, 0,51)	6
Femmes							
Sécurité alimentaire (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Insécurité alimentaire modérée	-0,93 (-1,06, -0,80)	-1,04 (-1,15, -0,93)	-1,02 (-1,15, -0,88)	-0,97 (-1,08, -0,87)	-1,03 (-1,15, -0,91)	0,10 (-0,08, 0,28)	11
Insécurité alimentaire grave	-1,69 (-1,93, -1,44)	-1,78 (-2,02, -1,55)	-1,74 (-1,92, -1,56)	-1,87 (-2,02, -1,71)	-1,80 (-1,99, -1,61)	0,11 (-0,19, 0,42)	7

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DS, différence de score; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Notes :

Satisfaction moyenne à l'égard de la vie : niveau de satisfaction déclaré à l'égard de la vie dans son ensemble au moment de l'enquête, sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10, « très satisfait ». Les valeurs négatives des différences de score (DS) de satisfaction à l'égard de la vie indiquent des inégalités absolues liées à l'insécurité alimentaire pour l'ensemble de la série chronologique. Une valeur de 0 indique qu'il n'y a pas de différence entre les groupes pour cette mesure de la santé mentale à un point donné dans le temps. Les variations dans les inégalités sont exprimées en valeur absolue et en valeur relative entre la première et la dernière période.

Calcul de la variation absolue : (DS en 2009-2010) - (DS de 2020 à 2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DS \text{ en } 2009-2010) - (DS \text{ de } 2020 \text{ à } 2022)] / (DS \text{ en } 2009-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités dans la satisfaction de vivre liées à la sécurité alimentaire; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

La sécurité alimentaire a été déterminée à partir d'une série de 18 questions portant sur l'accès à la nourriture, la qualité des aliments et l'apport alimentaire au cours des 12 derniers mois.

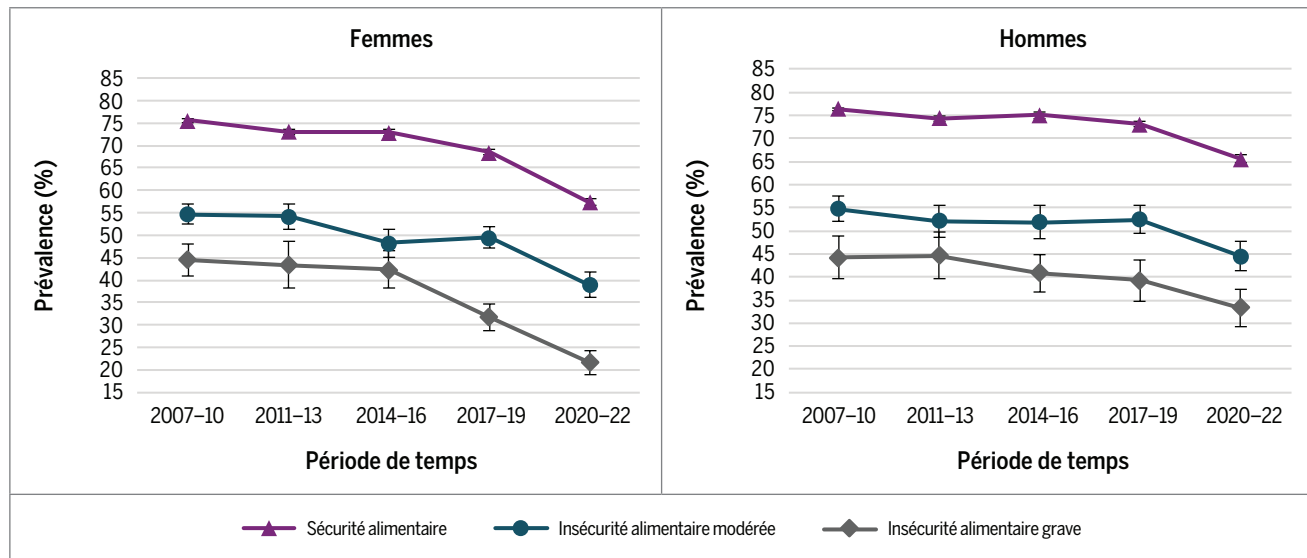
Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 4.B. Tendances de la prévalence d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale autoévaluée selon le sexe ou le genre et le niveau d'insécurité alimentaire du ménage, population de 12 ans et plus, de 2007 à 2022



	Différence de prévalence d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale autoévaluée					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
						2007-2010 par rapport à 2020-2022	
Hommes							
Sécurité alimentaire (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Insécurité alimentaire modérée	-21,6 (-24,4, -18,7)	-22,2 (-25,7, -18,6)	-23,2 (-26,8, 19,6)	-20,6 (-23,6, 17,7)	-21,0 (-24,2, 17,8)	-0,6 (-4,9, 3,7)	-3
Insécurité alimentaire grave	-32,1 (-36,7, 27,5)	-29,7 (-34,8, 24,6)	-34,3 (-38,5, 30,1)	-33,8 (-38,3, 29,2)	-31,9 (-36,3, 27,5)	-0,2 (-6,5, 6,2)	0
Femmes							
Sécurité alimentaire (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Insécurité alimentaire modérée	-20,9 (-23, -18,7)	-18,9 (-21,9, 15,9)	-24,6 (-27,8, 21,4)	-19,2 (-21,6, 16,7)	-18,5 (-21,5, 15,5)	-2,4 (-6,1, 1,3)	-11
Insécurité alimentaire grave	-31,1 (-34,6, -27,7)	-29,7 (-34,9, 24,6)	-30,6 (-34,7, 26,4)	-36,8 (-39,8, 33,8)	-36,8 (-39,8, 33,8)	5,7 (1,1, 10,2)	18

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; SMA, santé mentale autoévaluée; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Excellente ou très bonne santé mentale autoévaluée : pourcentage de la population ayant déclaré avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé mentale (par opposition à « bonne », « passable » ou « mauvaise »). Les valeurs négatives de la différence de prévalence (DP) entre l'insécurité alimentaire et la sécurité alimentaire indiquent des inégalités absolues liées à la sécurité alimentaire pour l'ensemble de la série chronologique. Une valeur de 0 indique qu'il n'y a pas de différence entre les groupes pour cette mesure de la santé mentale à un point donné dans le temps. Les variations dans les inégalités sont exprimées en valeur absolue et en valeur relative entre la première et la dernière période.

Calcul de la variation absolue : (DP de 2007 à 2010) - (DP de 2020 à 2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ de } 2020 \text{ à } 2022) - (DP \text{ de } 2007 \text{ à } 2010)] / (DP \text{ de } 2007 \text{ à } 2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives (%) : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées à la sécurité alimentaire dans la prévalence d'une excellente ou d'une très bonne SMA, et les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

La sécurité alimentaire a été déterminée à partir d'une série de 18 questions portant sur l'accès à la nourriture, la qualité des aliments et l'apport alimentaire au cours des 12 derniers mois.

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Le logement sûr et stable

Le logement est reconnu comme un droit de la personne par la *Loi sur la stratégie nationale sur le logement* (108). En 2021, un ménage sur dix au Canada éprouvait des besoins impérieux en matière de logement, c'est-à-dire que les ménages (composés de familles ou de groupes) ne disposaient pas d'un logement abordable, adéquat ou convenable (109). La situation du logement au Canada est particulièrement préoccupante dans les grands centres urbains, où les coûts élevés de logement et le nombre limité de logements abordables font qu'il est difficile pour de nombreuses personnes de trouver un logement sûr et stable. Cette situation est particulièrement problématique pour les personnes à faible revenu, qui bénéficient de l'aide sociale ou ceux qui ont besoin d'un logement supervisé ou de transition.

Selon de nombreuses études, un logement inadéquat ou inabordable peut contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de nombreux problèmes de santé mentale, comme l'anxiété, la dépression et le stress (110,111). Par exemple, en 2017 au Canada, les personnes ayant une incapacité liée à la santé mentale (c.-à-d. qui sont limitées dans leurs activités quotidiennes en raison d'un état émotionnel ou psychologique, ou d'un problème de santé mentale) étaient plus de deux fois plus susceptibles d'éprouver des besoins impérieux en matière de logement que celles ne souffrant pas d'une telle incapacité (112).

Le nombre de personnes en situation d'itinérance, en particulier chez les jeunes, semble augmenter au Canada (113,114). Un logement adéquat procure un sentiment de stabilité et est lié à une bonne estime de soi et à une meilleure qualité de vie (115). À l'inverse, le fait d'être sans domicile fixe et de devoir compter sur les refuges est associé à des sentiments de dévalorisation, de désespoir, de déception et de mauvaise estime de soi (116). L'instabilité du logement est liée à la pauvreté et au chômage (116). De plus, les expériences de violence, les démêlés avec le système de justice pénale et les problèmes d'immigration vécus par les personnes en situation de logement précaire aggravent les sentiments d'impuissance, de discrimination et de déconnexion sociale, autant de facteurs qui nuisent à la santé mentale (116).

Si les refuges offrent un certain répit en fournissant un logement temporaire, de nombreux problèmes liés à la qualité et à la sécurité des espaces affectent la santé mentale. Citons notamment les restrictions sociales qui influent sur la capacité d'une personne à rester en contact avec sa famille et ses amis, les comportements agressifs, les menaces d'agression et l'exposition à des actes sexuels (115).

Sur le plan politique, les femmes sans domicile fixe passent souvent inaperçues, si bien qu'on les appelle les « sans-abri invisibles » (111). Les femmes ont souvent recours à des mesures de logement informelles; elles séjournent chez des amis, des membres de la famille et, dans bien des cas, chez des hommes inconnus, s'exposant ainsi

à des risques de violence sexuelle (111). Le manque de places d'hébergement sûres contribue à un sentiment de stress, de vulnérabilité et d'impuissance, ainsi qu'une détérioration de la santé mentale (111).

Parmi les personnes aux prises avec de graves troubles mentaux, les hommes sont plus nombreux que les femmes à fréquenter les refuges. En milieu rural, le manque de logements sûrs et supervisés peut amener les femmes ayant un trouble mental grave à déménager dans des centres urbains pour avoir accès à des lieux d'hébergement plus appropriés. Un prestataire de services a décrit l'expérience des femmes atteintes d'un trouble mental grave comme suit :

• *« La problématique de l'itinérance chez les femmes [ayant un trouble mental grave] est un peu moins visible. Nous avons des femmes qui ont habité longtemps avec leur sœur ou qui ont vécu avec des hommes peu recommandables pendant des années. Elles étaient en fait en situation d'itinérance; elles ont juste été temporairement hébergées. Si l'on considère la disponibilité des ressources... elles se trouvent dans les refuges pour hommes et ne sont pas toujours dans un environnement sûr pour les femmes. [Les ressources] semblent certainement concentrées dans les lieux accessibles aux hommes... tous ces hommes ont le choix entre tous ces refuges et passent simplement au suivant s'ils sont expulsés de l'un d'entre eux au bout de quatre semaines. Nous refusons des centaines et des centaines de femmes dans notre refuge parce que nous n'avons tout simplement pas de lits disponibles (111). [traduction libre]*

Les hommes atteints d'un trouble mental grave déclarent vivre dans des logements provisoires insalubres ou être contraints de vivre dans des zones « infestées de drogues » où la consommation de drogue en public est courante. De telles conditions de vie augmentent l'anxiété et le risque de rechute chez les hommes comme chez les femmes (111). Les hommes ont également plus de difficultés que

les femmes à trouver un logement convenable s'ils ont un enfant. Les femmes ont parfois plus facilement accès à un logement parce que les stéréotypes et les rôles traditionnellement impartis aux femmes les désignent comme « procréatrices » et « ayant besoin d'un logement familial » (111). Toutefois, des femmes ont expliqué qu'elles évitaient d'obtenir des soins de santé mentale parce qu'elles craignaient de se voir retirer définitivement la garde de leur enfant si les autorités avaient connaissance de leur maladie. Il est également arrivé que des garçons ne soient pas admis dans des maisons d'hébergement pour femmes (111).

Les personnes hébergées dans les refuges ont été victimes de discrimination fondée sur le sexe/genre ainsi que la race ou l'origine ethnique. Par exemple, une femme portant un hijab s'est fait remarquer en raison de son apparence (111).

Les femmes autochtones atteintes de troubles mentaux graves qui vivent dans les zones rurales et les communautés nordiques sont également confrontées à des difficultés sur le plan du logement. Les hommes non autochtones ont beaucoup plus de pouvoir que les femmes autochtones, comme le souligne un prestataire de services :

• *Nous avons travaillé avec une femme d'une petite communauté autochtone. Son mari non autochtone a été nommé au conseil d'administration de la commission du logement et a fait retirer illégalement son nom du titre de propriété, simplement parce que le gouvernement le pouvait. Dans les petites communautés, ce sont les hommes qui ont le pouvoir et ils prennent le parti des hommes plutôt que des femmes autochtones... Les femmes autochtones sont les plus marginalisées (111). [traduction libre]*

L'intersection de la situation géographique, du sexisme, du racisme et des traumatismes intergénérationnels a conduit à des situations où les femmes n'ont pour ainsi dire aucun contrôle sur leur situation en matière de logement et ont peu de possibilités de quitter la ville lorsque des obstacles structurels limitent l'accès au transport.

Encadré 4.1 : Logement et Premières Nations, Inuits et Métis

Au Canada, les conditions de logement des Premières Nations, Inuits et Métis sont systématiquement moins bonnes que celles des non-Autochtones. Le recensement de 2021 a révélé que 17,1 % des peuples autochtones (21,4 % des Premières Nations, 7,9 % des Métis et 40,1 % des Inuits) vivaient dans des logements surpeuplés considérés comme inadéquats pour le nombre d'occupants (117). De plus, par rapport au reste de la population, les peuples autochtones étaient presque deux fois plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés et presque trois fois plus susceptibles de vivre dans un logement nécessitant des réparations majeures (16,4 % des peuples autochtones, dont 19,7 % des Premières Nations, 10 % des Métis et 26,2 % des Inuits, contre 5,7 % pour les non-Autochtones) (117). Les Autochtones ayant déclaré vivre dans un logement nécessitant des réparations majeures étaient nettement plus susceptibles de faire état d'une santé mentale passable ou mauvaise que ceux dont le logement ne nécessitait que des réparations mineures ou aucune réparation (118).

Ces disparités sont le résultat d'un héritage colonial qui perpétue des obstacles systémiques et structurels pour les peuples autochtones. Parmi ces obstacles figurent le profilage racial et la discrimination de la part des propriétaires, des employeurs, de la police et des organismes de services sociaux (119) :

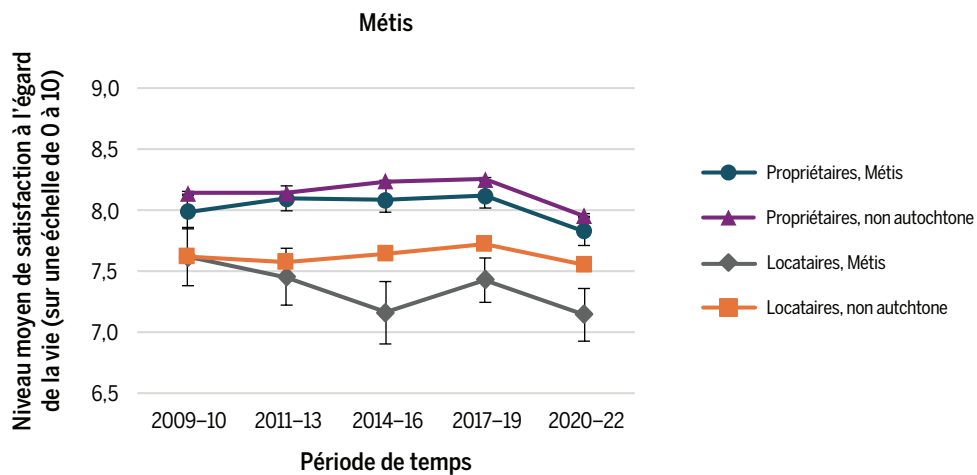
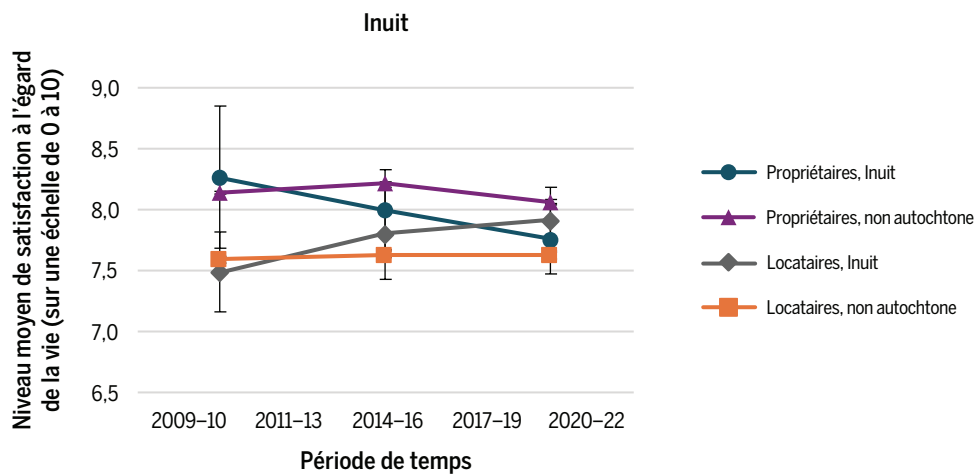
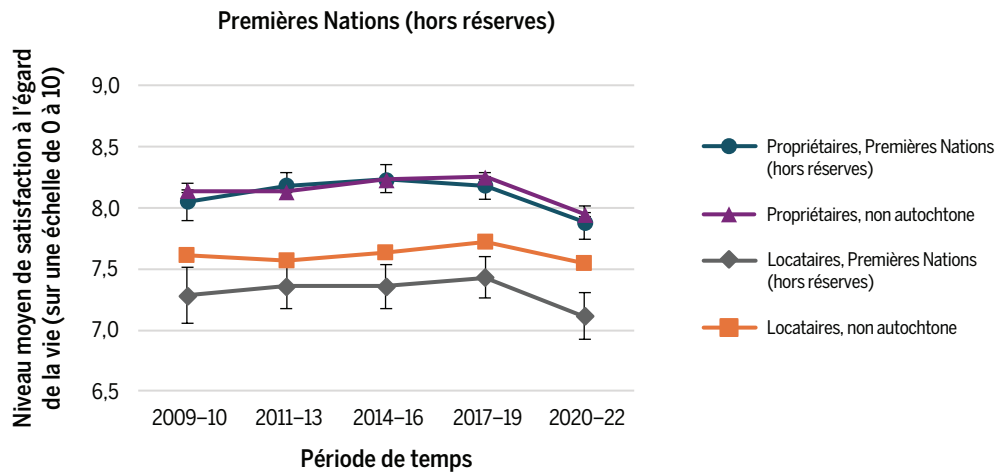
J'ai essayé de trouver un logement en banlieue. Je pensais avoir un rendez-vous, il y avait un panneau indiquant un logement vacant, mais, quand je me suis présenté, on m'a dit que c'était loué (119). [traduction libre]

La discrimination commence souvent dès que le propriétaire entend votre accent ou voit votre visage et sait que vous êtes autochtone... Il y a des propriétaires de taudis qui profitent des locataires (119). [traduction libre]

Le logement tend à être considéré comme faisant partie d'un continuum dans lequel l'accession à la propriété est considérée comme l'idéal (120). Le mode d'occupation du logement a une incidence sur la santé mentale de différentes façons. L'accession à la propriété peut mener à une augmentation de l'estime de soi et du prestige, mais elle s'accompagne également d'un risque de stress et d'anxiété chez les emprunteurs hypothécaires en raison de la pression financière ressentie. Par ailleurs, en raison de l'instabilité locative, il peut être difficile de trouver et de maintenir un réseau d'aide sociale qui favorise le bien-être mental (121).

Nous avons utilisé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour examiner les inégalités de satisfaction à l'égard de la vie en fonction de l'identité autochtone et du mode d'occupation du logement, de 2009 à 2022. Il faut savoir que l'ESCC ne comporte pas d'indicateur précis de l'insécurité en matière de logement. Le mode d'occupation du logement a donc été utilisé compte tenu de la collecte de données sur le sujet dans l'ESCC et de sa similitude avec les concepts d'insécurité et de stabilité du logement (122,123). De plus, l'ESCC ne tient pas compte des personnes vivant dans les réserves, où les conditions de logement seraient moins bonnes qu'à l'extérieur (logements trop petits pour le nombre d'occupants, et donc surpeuplés, et nécessitant des réparations majeures) (117). Pour une désagrégation des résultats par sexe, veuillez consulter l'outil de données en ligne à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Les résultats montrent que la satisfaction à l'égard de la vie est nettement plus élevée chez les propriétaires, qu'ils soient autochtones ou non. Entre 2009-2010 et 2020-2022, les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis propriétaires ont déclaré des niveaux de satisfaction similaires à ceux des propriétaires non autochtones. Les propriétaires inuits font exception à la règle : au départ, leur niveau de satisfaction à l'égard de la vie était plus élevé, mais il a baissé par la suite par rapport aux non-Autochtones.

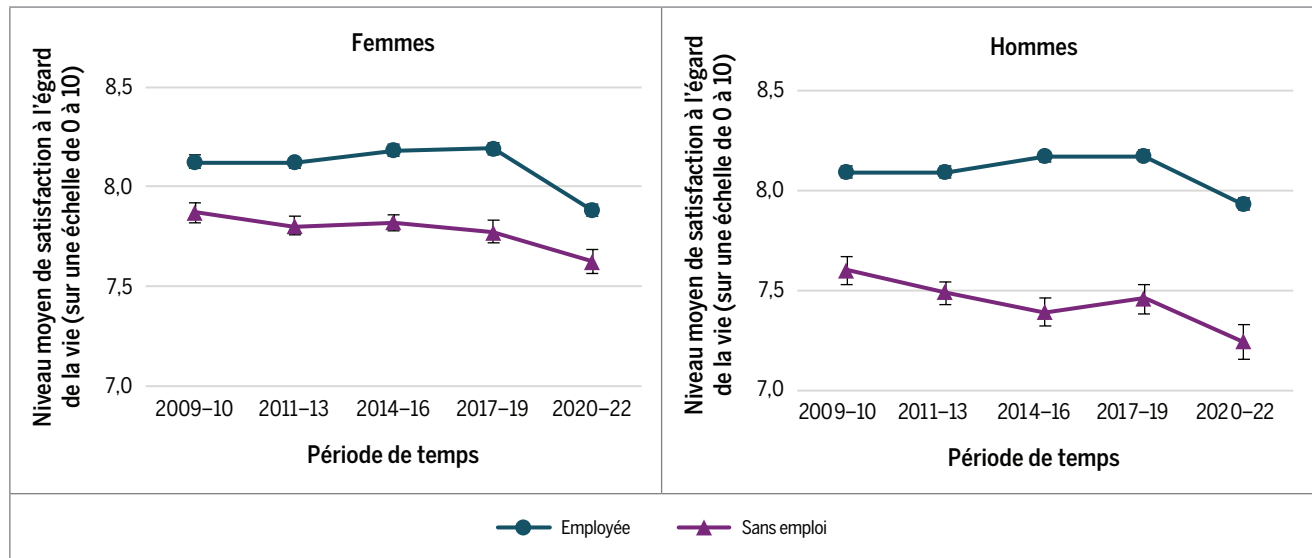


Emploi, conditions de travail, santé mentale et bien-être

Dans l'ensemble, l'emploi a un effet positif sur la santé mentale, car il procure de l'argent, des ressources, un sentiment d'utilité et d'identité, ainsi que des possibilités de développer des compétences, l'estime de soi et des liens sociaux (124). Le fait de se retrouver ou de rester au chômage peut entraîner une perte de revenu et d'avantages qui peut avoir une incidence sur le niveau de vie, accroître les situations de pauvreté, de stigmatisation et de honte, et causer une perte de structure quotidienne et d'accès aux contacts sociaux, ce qui peut être particulièrement préjudiciable à la santé mentale. Le chômage est systématiquement associé à un bien-être psychologique moindre et à un risque accru de dépression, d'anxiété et de comportement suicidaire (125,126). Ces associations sont bidirectionnelles : le chômage peut entraîner la détérioration de la santé mentale, et les problèmes de santé mentale peuvent réduire la capacité d'une personne à obtenir ou à conserver un emploi (100).

Les études portant sur le lien entre la santé mentale et le sexe, le genre et le chômage ont donné des résultats mitigés, bien qu'une majorité d'entre elles semblent indiquer que le chômage peut avoir des conséquences plus importantes sur la santé mentale des hommes (127). Les figures 5.A et 5.B montrent qu'au fil du temps, les personnes occupant un emploi ont déclaré des niveaux plus élevés de satisfaction à l'égard de la vie ainsi que de santé mentale positive que celles au chômage. Avec le temps, l'écart entre les personnes au chômage et celles ayant un emploi pour ce qui est de la satisfaction à l'égard de la vie s'est creusé pour les hommes et a diminué pour les femmes. On constate également une inégalité croissante liée à la situation d'emploi en ce qui concerne la proportion d'hommes déclarant avoir un niveau élevé de santé mentale, cette proportion ayant diminué chez les hommes au chômage entre 2007-2010 et 2020-2022.

Figure 5.A. Tendances de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon le sexe ou le genre et la situation d'emploi, population de 18 à 75 ans, de 2009 à 2022



	Différence de score pour la satisfaction moyenne à l'égard de la vie Chômeurs par rapport à employés (référence)					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
						2009-2010 par rapport à 2020-2022	
Hommes	-0,48 (-0,56, -0,41)	-0,60 (-0,66, -0,54)	-0,78 (-0,85, -0,70)	-0,72 (-0,79, -0,64)	-0,69 (-0,78, -0,60)	0,21 (0,09, 0,33)	42
Femmes	-0,25 (-0,32, -0,19)	-0,31 (-0,36, -0,26)	-0,36 (-0,41, -0,31)	-0,40 (-0,46, -0,33)	-0,26 (-0,33, -0,19)	0,00 (-0,09, 0,10)	1

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DS, différence de score; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Satisfaction moyenne à l'égard de la vie : niveau de satisfaction déclaré à l'égard de la vie dans son ensemble au moment de l'enquête, sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10, « très satisfait ». Les valeurs négatives des différences de score (DS) de satisfaction à l'égard de la vie indiquent des inégalités absolues liées à la situation d'emploi pour l'ensemble de la série chronologique. Une valeur de 0 indique qu'il n'y a pas de différence entre les groupes pour cette mesure de la santé mentale à un point donné dans le temps. Les variations dans les inégalités sont exprimées en valeur absolue et en valeur relative entre la première et la dernière période.

Calcul de la variation absolue : (DS en 2009-2010) - (DS de 2020 à 2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DS \text{ en } 2009-2010) - (DS \text{ de } 2020 \text{ à } 2022)] / (DS \text{ en } 2009-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités dans la satisfaction de vivre liées à la situation d'emploi; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

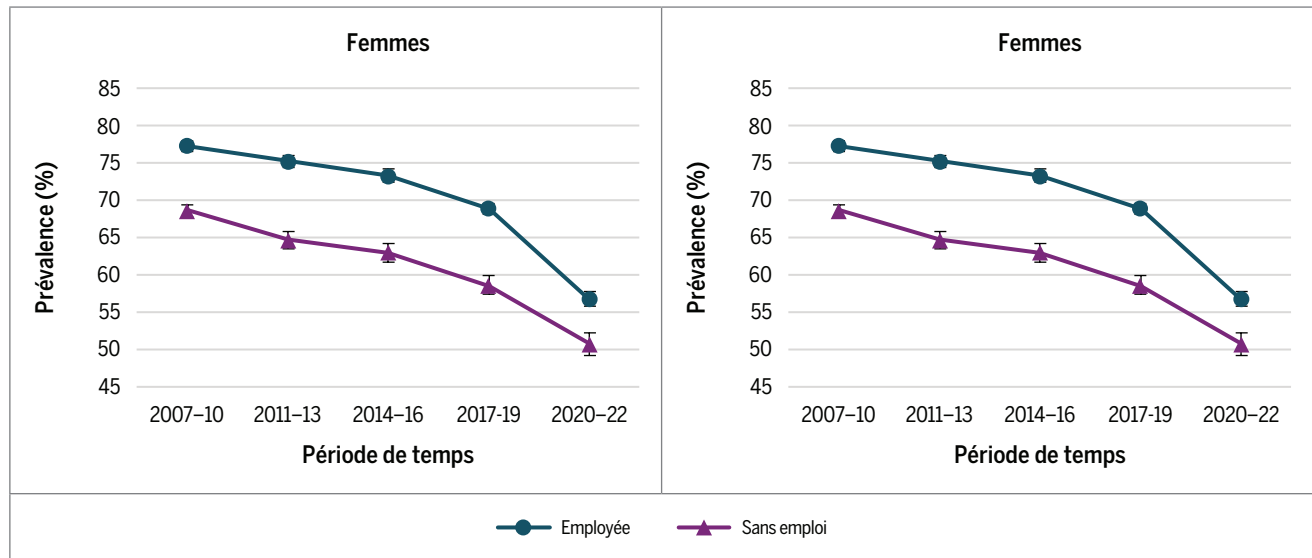
Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 5.B. Tendances de la prévalence d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale autoévaluée selon le sexe ou le genre et la situation d'emploi, population de 18 à 75 ans, de 2007 à 2022



	Différence de prévalence d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale autoévaluée Chômeurs par rapport à employés (référence)					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes	-11,7 (-13,0, -10,5)	-13,2 (-14,8, -11,6)	-15,2 (-17, -13,5)	-15,8 (-17,5, -14)	-14,1 (-16,5, -11,7)	2,4 (-0,4, 5,1)	20
Femmes	-8,6 (-9,7, -7,5)	-10,6 (-11,9, -9,2)	-10,4 (-11,9, -8,9)	-10,2 (-11,7, -8,8)	-6,1 (-7,9, -4,2)	-2,5 (-4,6, -0,4)	-29

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; SMA, santé mentale autoévaluée; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Notes :

Excellente ou très bonne santé mentale autoévaluée (SMA) : pourcentage de la population ayant déclaré avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé mentale (par opposition à « bonne », « passable » ou « mauvaise »). Les valeurs négatives de la différence de prévalence (DP) entre les personnes au chômage et celles ayant un emploi indiquent des inégalités absolues liées à la situation d'emploi pour l'ensemble de la série chronologique. Une valeur de 0 indique qu'il n'y a pas de différence entre les groupes pour cette mesure de la santé mentale à un point donné dans le temps. Les variations dans les inégalités sont exprimées en valeur absolue et en valeur relative entre la première et la dernière période.

Calcul de la variation absolue : (DP de 2007 à 2010) - (DP de 2020 à 2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ de } 2007 \text{ à } 2010) - (DP \text{ de } 2020 \text{ à } 2022)] / (DP \text{ de } 2007 \text{ à } 2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives (%) : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées à la situation d'emploi dans la prévalence d'une excellente ou d'une très bonne SMA, et les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

La situation d'emploi a été déterminée en fonction des répondants qui ont déclaré avoir occupé un emploi ou travaillé à leur compte la semaine précédant l'enquête (« oui » par rapport à « non »).

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Conditions d'emploi

En général, le fait d'occuper un emploi est bénéfique pour la santé mentale. Toutefois, l'accès à un emploi convenable et les conditions de travail ont également une grande incidence sur le bien-être psychologique. Le type de profession et les mauvaises conditions de travail, y compris un emploi précaire, une rémunération inadéquate, une charge de travail excessive, des horaires de travail difficiles, l'absence d'avantages sociaux, le harcèlement et la discrimination, sont des causes majeures de stress lié au travail et de problèmes de santé mentale connexes, et ont des répercussions sur les familles et les communautés (128-130).

Au Canada, le chômage et les conditions d'emploi et de travail difficiles touchent de manière disproportionnée les jeunes, les personnes ayant un faible niveau de scolarité, ainsi que les populations et les communautés vivant dans des conditions historiquement défavorables, notamment les Autochtones, les Noirs, les personnes racisées et les immigrants (131).

Les nouveaux arrivants au Canada sont souvent confrontés à des difficultés liées à l'emploi, comme le manque de reconnaissance des titres de compétence acquis à l'étranger, la surqualification, la difficulté à acquérir l'expérience canadienne requise, les difficultés liées à la compétence langagière, l'accès limité à un réseau social et professionnel, et les préjugés des employeurs contre l'embauche d'immigrants (132). Ces difficultés sont également plus susceptibles d'être présentes si les immigrants sont issus de milieux racisés (132). L'encadré 4.2 souligne des données qualitatives sur la relation entre les conditions de travail, le statut d'immigrant et la santé mentale (133).

Encadré 4.2 Données qualitatives – observations: Conditions de travail, statut d'immigrant et santé mentale

Les barrières structurelles sous-jacentes liées au chevauchement du genre, de la racisation et du statut d'immigrant ont souvent une incidence sur l'accès à un emploi intéressant qui correspond à la formation scolaire et à l'expérience professionnelle. Des études qualitatives sur les populations d'immigrants au Canada montrent que de nombreux nouveaux arrivants, en particulier ceux qui sont racisés, acceptent des emplois de spécialisation réduite, mal rémunérés et précaires qui ne correspondent pas à leurs études ou à leur expérience professionnelle à des fins de survie économique (133-136). Ce type d'emploi n'offre souvent ni avantages sociaux ni stabilité à long terme, ce qui entraîne une insécurité financière et l'impossibilité de prendre des congés pour adopter des comportements favorisant la santé.

Une participante à l'une des études explorant les liens entre le sous-emploi ou le chômage et la santé au Canada (133) a décrit la situation comme suit :

⋮ *Lorsque [les immigrants] arrivent ici, ils ne trouvent pas d'emploi [correspondant à] leurs compétences... les emplois sont souvent non adaptés. Pour subvenir aux besoins de leur famille, ils essaient donc un métier qui ne correspond pas à leurs capacités physiques ou mentales, ou à leurs compétences. Qu'arrive-t-il alors? Ils se blessent, tombent malades, s'effondrent émotionnellement... et se sentent très mal (133). [traduction libre]*

Plusieurs facteurs perpétuent les inégalités liées à l'immigration, à la race ou à l'origine ethnique en matière d'inadéquation professionnelle et de déqualification. Certains sont de nature technique et structurelle, comme les systèmes d'agrément décentralisés, concurrentiels et coûteux des provinces et territoires canadiens, les difficultés des nouveaux arrivants en anglais ou en français, les préjugés des employeurs à l'égard des diplômés étrangers; les exigences des employeurs en matière d'expérience canadienne pour intégrer le marché du travail, et la réticence des employeurs à reconnaître l'expérience professionnelle acquise dans d'autres pays (137,138). D'autres facteurs sont influencés par le racisme structurel et systémique (134), par exemple les préjugés contre les accents étrangers (139) et contre l'instruction, la formation et les titres de compétence acquis dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (140). Le préjugé selon lequel les capacités en matière de formation et de connaissances des pays à faible revenu sont « déficientes, incompatibles et inférieures, donc non valables » a été associé au racisme systémique et à la discrimination (141).

Des études canadiennes ont montré les effets psychosociaux négatifs de l'inadéquation professionnelle et de la déqualification (133-135,141), en particulier lorsqu'ils sont associés à des conditions de travail précaires et à des difficultés financières (133-135), qui entraînent des sentiments de déception, de dépréciation personnelle ou de faible estime de soi, de détresse, de frustration, de tristesse, d'isolement, de stress, de peur et de colère (133), et qui compromettent le bien-être général et la satisfaction de vivre. Dans une étude sur le sous-emploi, le chômage et la santé chez les immigrantes, une participante a décrit son expérience de l'inadéquation professionnelle de la manière suivante :

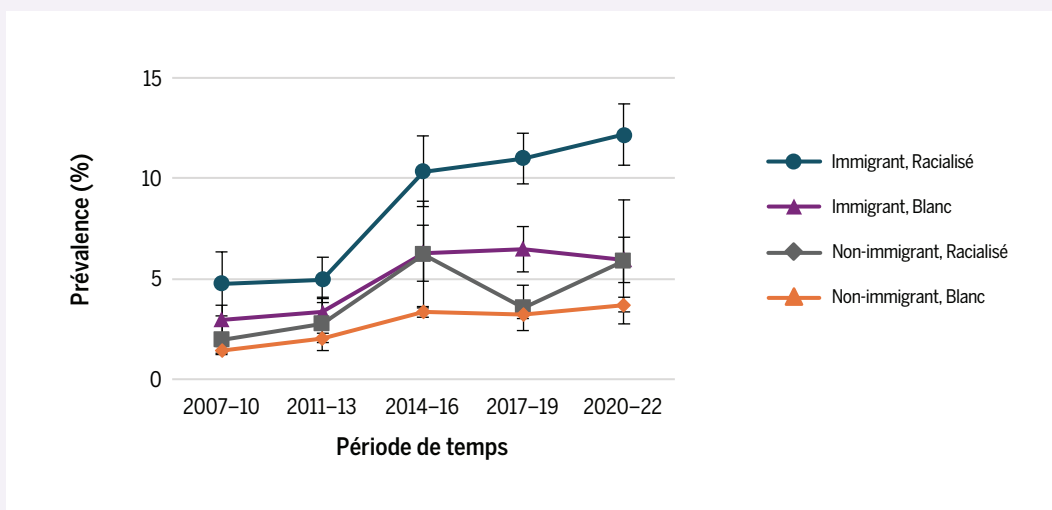
••• *J'étais gestionnaire. J'ai commencé à travailler dans un [café] et j'étais tout le temps contrariée par le travail [pleurs]. Je vous parle avec légèreté, mais au plus profond de moi, j'ai beaucoup souffert. Vraiment beaucoup. Parfois, je me sentais presque... pas dépressive, mais j'avais des pensées suicidaires. Je pensais qu'en venant au Canada, [parce que] je parle anglais, j'ai une bonne expérience aux États-Unis, je trouverais au moins un emploi de bureau à 11 dollars [de l'heure], mais ça n'a pas été le cas pendant 8 ans. Même si je vous parle comme si ce n'était rien, je me sens vraiment très, très triste [pleurs] (133). [traduction libre]*

Les femmes, en particulier les femmes immigrées racisées, sont confrontées à des défis supplémentaires liés aux normes systémiques propres au genre et à l'effet croisé de la discrimination raciale et de la discrimination fondée sur le genre. Les femmes immigrées racisées sont souvent reléguées à des emplois non réglementés, à temps partiel et liés aux soins, qui sont associés à des salaires inférieurs. Une participante à l'étude a raconté son expérience de l'effet croisé de la discrimination fondée sur le sexe et de la discrimination raciale ou ethnique :

••• *Je me souviens d'avoir demandé à une employée de la banque : « Comment avez-vous obtenu ce poste? », car je savais qu'elle était également immigrée, et elle m'a répondu : « Oh, vous seriez mieux comme soignante parce que vous êtes Philippine ». Je me suis dit : « D'accord, vous me dites que je ne peux pas travailler dans ce genre de domaine en raison de mon origine » (133). [traduction libre]*

Analyse quantitative – observations : Inégalités en matière de surqualification professionnelle en fonction de la race et du statut d'immigrant

À partir des données de l'ESCC, nous avons évalué la prévalence de la surqualification professionnelle (aussi appelée inadéquation compétences-emploi). Autrement dit, les personnes titulaires d'un diplôme universitaire qui occupent un emploi de niveau de compétence C ou D selon la Classification nationale des professions (CNP), c'est-à-dire qui nécessite habituellement, au plus, une formation de niveau secondaire ou une formation en cours d'emploi. La CNP est le système national canadien qui sert à décrire les professions. Elle est actuellement révisée et mise à jour pour refléter l'évolution des professions au fil du temps (142). Dans l'ensemble, les taux de surqualification professionnelle sont plus élevés chez les immigrants adultes racisés au Canada (12 % de 2020 à 2022) que chez les immigrants adultes blancs (6 % de 2020 à 2022) et les non-immigrants adultes blancs (4 % de 2020 à 2022). Cette tendance est restée constante avant (de 2007-2010 à 2017-2019) et pendant la pandémie de COVID-19 (de 2020 à 2022) et l'écart semble se creuser au fil du temps.



Note : La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

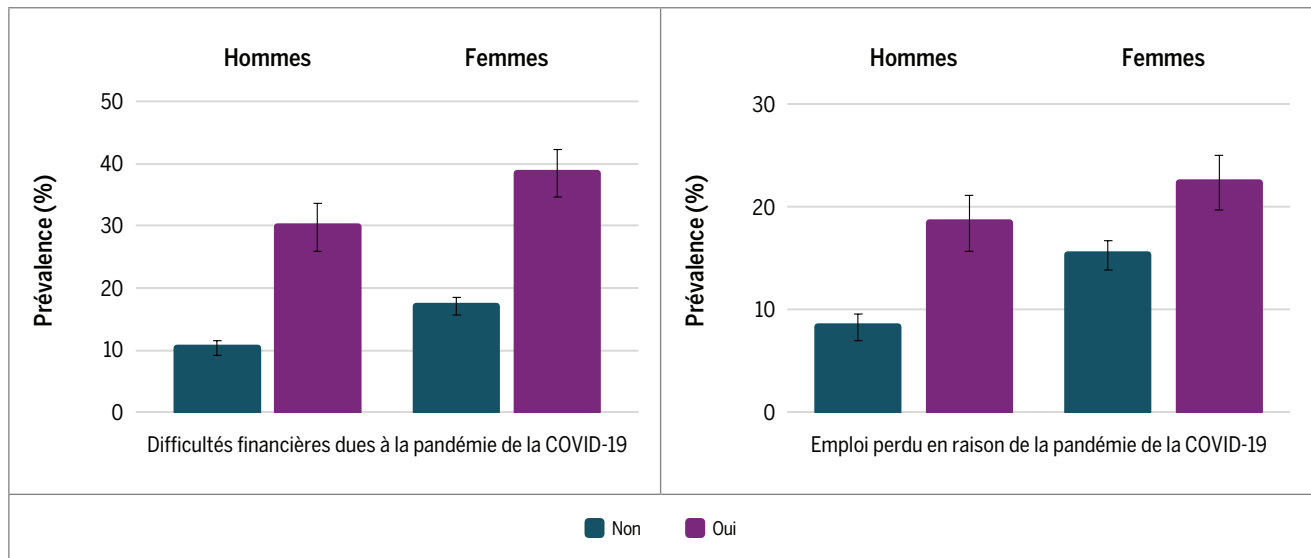
Pour de plus amples renseignements sur la méthodologie, voir la section des notes techniques <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>. Pour l'ensemble des résultats et des visualisations, consultez l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Les effets de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale

Au début de 2020, les mesures de santé publique, les changements dans la population active et les interventions de la communauté internationale pour contenir la pandémie de COVID-19 ont entraîné des pertes d'emploi ou une réduction des heures de travail pour plus de trois millions de personnes vivant au Canada. Les jeunes de 15 à 24 ans, les travailleurs à faible salaire, les personnes 2ELGBTQI+, les personnes racisées, en particulier les Noirs, et les immigrants ont été touchés de manière disproportionnée (143-145). Les récessions économiques et autres événements réduisant les possibilités d'emploi ont par le passé entraîné une augmentation des problèmes de santé mentale et de la mortalité par suicide, en particulier dans les populations défavorisées sur le plan socioéconomique (146,147). Selon des données de plus en plus nombreuses, divers problèmes de santé mentale, y compris les troubles dépressifs caractérisés, les symptômes de dépression et le niveau de santé mentale autoévaluée, se sont aggravés pendant la pandémie de COVID-19 (125,148-150). Les perturbations professionnelles et financières, en plus des profondes répercussions sociales des mesures de quarantaine et d'autres mesures de santé publique, auraient contribué à ce déclin de la santé mentale (151).

À partir des données de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, nous nous sommes intéressés aux répercussions socioéconomiques prononcées sur la santé mentale, en particulier les symptômes de dépression et d'anxiété, pendant la pandémie de COVID-19. Les taux de prévalence des symptômes modérés ou graves de dépression et d'anxiété en fonction de la perte d'emploi et des difficultés financières sont présentés dans la figure 5.C. Dans l'ensemble, la prévalence des symptômes de dépression et d'anxiété pendant la pandémie était plus grande chez les femmes que chez les hommes; cependant, les difficultés financières et la perte d'emploi ont eu un effet disproportionné sur la santé mentale des hommes. La prévalence des symptômes d'anxiété modérés ou graves était 2,2 fois plus élevée chez les hommes et 1,5 fois plus élevée chez les femmes ayant déclaré une perte d'emploi en raison de la COVID-19 que chez les personnes n'ayant pas déclaré de perte d'emploi. Ces résultats concordent avec les données selon lesquelles les effets sur la santé mentale des perturbations majeures de l'économie et de la main-d'œuvre sont souvent plus graves pour les hommes défavorisés sur le plan socioéconomique (155).

Figure 5.C. Prévalence des symptômes modérés ou graves de dépression et d'anxiété en fonction des difficultés financières et de la perte d'emploi au cours de la pandémie de COVID-19, selon le sexe ou le genre, 2020-2021



	Comparaison des symptômes de dépression modérés ou graves (%) en fonction des difficultés financières déclarées (Référence = aucune difficulté financière)		Comparaison des symptômes d'anxiété modérés ou graves (%) en fonction de la perte d'emploi déclarée (Référence = aucune perte d'emploi)	
	Différence de prévalence	Taux de prévalence	Différence de prévalence	Taux de prévalence
Hommes	19,4 (15,3, 23,5)	2,9 (2,4, 3,4)	10,1 (7,0, 13,2)	2,2 (1,7, 2,7)
Femmes	21,4 (17,3, 25,5)	2,3 (2,0, 2,5)	7,2 (4,1, 10,3)	1,5 (1,2, 1,7)

Notes :
 La gravité de l'anxiété et de la dépression a été mesurée à l'aide de l'échelle du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) et du questionnaire de santé du patient (PHQ-9), respectivement. Ces outils de dépistage clinique sont largement utilisés dans les enquêtes sur la santé de la population pour repérer les personnes susceptibles de souffrir de troubles anxieux généralisés et de troubles dépressifs majeurs, avec des scores de 10 ou plus (c'est-à-dire des symptômes modérés à sévères) au cours des deux semaines ayant précédé leur participation à l'enquête. Les données présentées ne reflètent pas nécessairement un diagnostic clinique de ces troubles.
 Les données proviennent de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (2020-2021) de Statistique Canada. L'échantillon de population est âgé de 18 ans et plus. Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016.

4.1.2 LES RÉPERCUSSIONS DU RACISME, DE LA XÉNOPHOBIE, DE L'HOMOPHOBIE ET D'AUTRES FORMES DE DISCRIMINATION SUR LA SANTÉ MENTALE

La discrimination englobe un éventail d'injustices commises envers les personnes en raison de leurs attributs supposés et peut être considérée comme un facteur de stress chronique qui a une incidence sur la santé. La Commission canadienne des droits de la personne définit la discrimination comme étant « des actions ou des décisions qui ciblent injustement des personnes ou des groupes en fonction de facteurs comme la race, l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou le handicap » [traduction libre] (153). Au Canada, 35,7 % de la population a déclaré avoir subi une forme quelconque de discrimination ou de traitement injuste en 2022 (154). Certaines personnes peuvent subir de multiples formes de discrimination en même temps, ce qui rend difficile de déterminer la raison principale du traitement inégal qu'elles subissent (155). Cette forme entremêlée de « discrimination intersectionnelle » est attribuable à de nombreux systèmes d'inégalité et est parfois liée à un risque accru de problèmes de santé mentale (155, 156). Le présent document traite principalement du racisme, de la xénophobie, la discrimination fondée sur la religion (par exemple, l'antisémitisme ou l'islamophobie) et de la discrimination associés à l'orientation sexuelle, qui ont tous des répercussions profondes sur la santé mentale (157).

Racisme et xénophobie

Les politiques historiques, fondées sur des idéologies injustes des hiérarchies raciales, ont mené à un traitement discriminatoire et souvent violent des personnes, y compris les Autochtones et les personnes racialisées (158). Les effets de ces pratiques continuent d'entraîner, tant secrètement qu'ouvertement, la stigmatisation, le racisme et la discrimination, en particulier contre les personnes faisant partie d'un groupe racialisé (158).

Le racisme est un puissant déterminant de la santé et a été lié de diverses façons aux inégalités qui affectent la santé mentale des populations racialisées. La façon dont les personnes sont valorisées, considérées comme différentes ou inférieures, ou traitées injustement est influencée par de nombreux systèmes et structures superposés qui perpétuent le racisme à divers niveaux sociétaux (c.-à-d. interpersonnels, communautaires, institutionnels, structurels). Les attitudes négatives (préjugés), les croyances négatives (stéréotypes) et le traitement différentiel (discrimination) envers les groupes raciaux non dominants par les personnes et les institutions sociales, en particulier ceux du groupe racial dominant ou qui sont influencés par celui-ci, créent les éléments à la base du racisme. À son tour, le racisme peut engendrer ou exacerber les préjugés, les stéréotypes négatifs et la discrimination, ce qui perpétue davantage les préjugés contre le groupe racial non dominant (159-161).

Selon Phelan et Link, le racisme est associé à la santé « en grande partie par le biais des inégalités de pouvoir, de prestige, de liberté, de voisinage et de soins de santé » (157).

Le racisme peut être intériorisé (honte, sentiment d'embarras personnel, faible estime de soi ou rejet de sa propre identité ou de sa culture), interpersonnel (harcèlement, discrimination ou microagressions entre personnes), institutionnel et systémique (représentations négatives dans les médias, surveillance policière excessive de collectivités particulières, manque de diversité dans les postes de pouvoir, préjugés qui façonnent le statut socioéconomique et accès inégal aux possibilités) et structurel. Le racisme structurel comprend des facteurs comme les systèmes interconnectés de l'éducation, du logement, de l'emploi, de la richesse, de l'accès au crédit financier, de l'immigration, de l'accès aux soins de santé, des sources symboliques d'avantage et de la répartition des ressources (162-164).

Le racisme est considéré comme l'une des causes fondamentales des disparités de statut socioéconomique, ce qui entraîne une iniquité mentale, physique et générale en matière de santé (162, 165). Une méta-analyse de 2015 a permis de cerner 5 voies par lesquelles le racisme affecte la santé : 1) un accès réduit aux ressources de base et sociales comme l'emploi, le logement et l'éducation ou une exposition accrue aux facteurs de risque; 2) une aggravation des processus cognitifs ou émotionnels associés à la maladie mentale; 3) un fardeau croissant de stress chronique qui, par des processus physiopathologiques, est lié à la maladie; 4) une participation réduite aux comportements favorisant la santé (p. ex. le sommeil) ou une participation accrue à des comportements malsains (p. ex. la consommation d'alcool) comme moyen d'adaptation ou d'autorégulation et 5) un préjudice physique accru en raison de la violence motivée par la race (162). Un examen contemporain et historique des répercussions du racisme structurel sur les iniquités en matière de santé offre un examen plus approfondi de leurs causes, y compris l'injustice économique, les iniquités en matière de santé environnementale et professionnelle, l'exclusion politique et la commercialisation ciblée des substances nocives pour la santé (163).

Le racisme et la discrimination ont toujours été liés à la dépression, à l'anxiété, au stress chronique, au stress psychologique, aux effets négatifs, aux émotions négatives récurrentes et au stress post-traumatique, entre autres (161, 163). Les populations noires, autochtones et d'autres populations racialisées d'Amérique du Nord, d'Europe ou d'autres pays à majorité blanche ou de sociétés occidentales peuvent subir des traumatismes raciaux, définis comme étant des expériences « répétitives, constantes, inévitables et cumulatives » [traduction] au cours de la vie de « menaces, de préjugés, de préjugés, de honte, d'humiliation et de culpabilité » [traduction], ce qui entraîne les résultats suivants sur la santé mentale : dépression, anxiété, TSPT et idées suicidaires, entre autres (164). La discrimination raciale vécue au quotidien est associée à des symptômes dépressifs chez les Noirs au Canada (166), et le racisme anti-Noirs en particulier a une incidence sur la santé mentale des jeunes (167).

La xénophobie est distincte du racisme, mais liée à celui-ci. Elle a été définie comme étant « des attitudes, des préjugés et des comportements qui rejettent, excluent et souvent vilipendent les personnes, en se fondant sur la perception qu'elles soient des étrangers à la communauté, à la société ou à l'identité nationale » [traduction] (168, 169). Le racisme et la xénophobie sont des phénomènes qui façonnent la discrimination systémique et la marginalisation socioéconomique des personnes racialisées nées au Canada et des immigrants (170). Les idées sur l'appartenance à une société agissent comme catalyseurs de la discrimination et des sentiments anti-immigrants qui commencent bien avant que les immigrants ne s'installent dans un nouveau pays. Les nouveaux arrivants au Canada sont confrontés à des attitudes négatives envers leur pays d'origine par la perpétuation de stéréotypes liés à l'« orientalisme » ou à des notions de supériorité occidentale et être une menace pour les cultures occidentales (134).

Encadré 4.3 : L'héritage durable des structures coloniales et leur incidence sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis

La colonisation a été largement reconnue comme un déterminant clé de la santé des peuples autochtones (171, 172). La structure coloniale, qui cherche à assimiler les peuples autochtones en imposant la culture, les lois, les institutions et les systèmes euro-canadiens dominants, a été décrite comme un maillage ou un filet d'institutions interconnectées qui s'élargit et se contracte au fil du temps dans le but d'établir la domination. Les institutions comprennent les ministères, les églises et les entreprises auxquelles les communautés autochtones sont confrontées dans de nombreux contextes et de nombreuses façons. À certains moments, les communautés sont prises dans ce filet, et à d'autres moments, elles sont capables de se glisser entre ses mailles (173).

Dans cette section, une approche fondée sur les distinctions a été appliquée pour explorer certaines des façons dont les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont réagi face à ce maillage colonial. Bien qu'il existe des points communs quant à la façon dont le colonialisme a affecté les Premières Nations, les Inuits et les Métis, y compris la perte de leurs terres, leur culture et de leur autodétermination, les rencontres avec les structures coloniales n'ont pas toujours été pareilles, comme l'indique l'analogie du maillage qui se contracte à certains endroits et s'étend à d'autres. Les événements présentés ne se veulent pas un récit historique complet des nombreuses façons complexes dont la structure coloniale a affecté et continue d'affecter les peuples autochtones. Ils servent plutôt d'exemples de certaines des façons uniques dont les peuples autochtones ont été forcés de relever les défis du colonialisme.

Premières Nations

La terre est au cœur de l'identité, de la spiritualité et du bien-être des Premières Nations au Canada. Toutefois, au fil des siècles, les gouvernements britannique et français et, plus tard, le gouvernement canadien ont signé une série de traités avec les Premières Nations qui ont eu comme résultat final leur déplacement systématique et la dépossession de leurs terres traditionnelles et ancestrales, ce qui a entraîné le déplacement forcé des Premières Nations dans des collectivités éloignées et des réserves souvent inhabitables et dépourvues de ressources (174). La dépossession des Premières Nations de leurs terres a eu de profondes conséquences sociales, culturelles et économiques, notamment en perturbant leurs modes de vie traditionnels et contribuant à l'appauvrissement des collectivités autochtones (175).

La *Loi sur les Indiens* de 1876 a été instaurée dans le but de définir le statut juridique et les droits des peuples autochtones. Toutefois, elle l'a fait d'une manière qui a réduit l'autonomie et les pratiques culturelles des Premières Nations. La *Loi* a établi le système du conseil de bande, dans lequel les communautés autochtones ont été forcées d'adopter un modèle de gouvernance euro-canadien. Ce système imposait des dirigeants élus et des structures de conseil aux collectivités des Premières Nations, souvent en opposition à leurs systèmes de gouvernance traditionnels (176).

La *Loi sur les Indiens* discriminait les femmes des Premières Nations et cherchait à éliminer leur autonomie en matière de mariage et de politique. La *Loi* visait à réduire le nombre d'Indiens inscrits dont le gouvernement canadien était responsable en établissant, entre autres, que le statut d'Indien était transmis par filiation patrilinéaire. Par conséquent, les femmes des Premières Nations peuvent perdre leur statut si elles épousent un conjoint qui n'est pas membre des Premières Nations. Ces femmes et leurs enfants se faisaient systématiquement refuser l'accès à leur communauté et aux droits issus de traités auxquels elles avaient droit. Cela a entraîné une perte de pouvoir des femmes des Premières Nations, qui exerçaient auparavant de l'influence et jouaient des rôles puissants au sein des structures traditionnelles (177).

La *Loi* a également conféré au gouvernement canadien des pouvoirs accrus sur les terres, les ressources et les finances autochtones. En établissant un système de réserves qui confinait les communautés autochtones à des zones désignées et restreignait considérablement leur contrôle sur leurs territoires traditionnels, le gouvernement canadien a effectivement privé les communautés autochtones de leur capacité à prendre des décisions concernant l'utilisation des terres, le développement économique et la gestion des ressources, érodant ainsi davantage leur autodétermination. Les traités n'ont souvent pas été respectés, et les ressources découlant de biens comme les droits de coupe n'ont pas été réacheminées aux communautés pour qu'elles investissent dans les services et les infrastructures locaux (176).

L'établissement du système de pensionnats indiens est l'un des aspects les plus flagrants de la *Loi sur les Indiens*. Établies à la fin du 19^e siècle, ces institutions parrainées par le gouvernement et gérées par l'Église ont séparé de force les enfants autochtones de leur famille et de leur communauté dans le but d'effacer les cultures et les langues autochtones. La violence physique, émotionnelle et psychologique subie par les enfants des Premières Nations dans ces écoles a eu des effets intergénérationnels, qui ont entraîné des traumatismes, de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale dans les communautés autochtones (172). Plus de 150 000 enfants autochtones ont fréquenté les pensionnats entre 1857 et 1996.

Le gouvernement canadien et les églises chrétiennes ont également établi et imposé les externats indiens. Ces écoles partageaient les mêmes objectifs que les pensionnats, soit d'effacer les cultures et les langues autochtones, mais comme leur nom l'indique, les enfants qui fréquentaient ces écoles retournaient normalement chez eux dans leur communauté à la fin de chaque journée scolaire (178).

La rafle des années 1960, qui s'est produite surtout dans les années 1960 et 1970, représente une extension tragique de ces politiques coloniales. Au nom de la protection de l'enfance, de nombreux enfants des Premières Nations ont été retirés de force de leur famille et de leur communauté, ce qui a exacerbé les préjudices causés par la *Loi sur les Indiens* et le système des pensionnats autochtones. Ces enfants ont souvent été placés dans des foyers d'accueil non autochtones ou adoptés par des familles non autochtones, ce qui a entraîné une profonde dissociation culturelle et une perte d'identité. Les répercussions durables de la rafle des années soixante, caractérisées par un traumatisme intergénérationnel et une lutte pour la revitalisation culturelle, soulignent la poursuite des pratiques coloniales visant à effacer les identités et l'autonomie autochtones (179).

Les langues des Premières Nations décrivent tous les aspects de la création comme la terre, les étoiles, l'eau et le feu comme des êtres vivants et animés. En tant qu'être vivant, tous les éléments dans ce monde ont une identité unique, et cette identité comprend une description de leur rapport à tout le reste, de leur but et de leur signification. De cette façon, les langues des Premières Nations établissent des liens et fournissent de l'information aux peuples des Premières Nations sur la façon de voir le monde ainsi que d'établir des liens et d'interagir avec lui (11). En tentant d'éroder les langues et la culture des Premières Nations, les structures coloniales ont cherché à effacer le fondement de l'identité des Premières Nations.

Inuits

À partir des années 1950, les Inuits de la région de Qikiqtani ont été forcés de déménager de leurs territoires traditionnels pour être relocalisés dans 13 colonies permanentes créées par le gouvernement canadien dans l'Extrême-Arctique (180). Les Inuits n'ont pas été informés de l'éloignement que causerait ce déménagement, ni à quel point leur nouvelle maison serait différente, ou de la séparation de leur famille élargie. On ne leur a pas fourni de fournitures ni d'abris adéquats. Par ailleurs, le gouvernement canadien a renié sa promesse selon laquelle toute personne qui ne souhaitait pas rester pourrait retourner dans son ancienne maison. En raison de cette relocalisation, les Inuits ont dû passer d'une culture de chasse axée principalement sur les relations fondées sur la réciprocité, où les camps et les chiens de traîneau jouaient un rôle central, aux systèmes fondés sur les produits de base dans les villes et les établissements.

À partir des années 1920, les autorités canadiennes dans l'Arctique ont adopté un certain nombre d'ordonnances pour réglementer le qimmiit (chien de traîneau) en invoquant comme excuse la nécessité de protéger les gens contre les attaques de chiens. Dans la pratique, cela a mené à l'abattage de chiens de traîneau, qui étaient non seulement essentiels à la chasse et à la relocalisation d'un endroit à un autre, mais qui jouaient également un rôle spirituel important pour les Inuits. En remplaçant les chiens par des motoneiges, on a imposé aux Inuits un système économique fondé sur les produits de base, et les préoccupations concernant les pièces de motoneige, le carburant et l'argent ont remplacé les relations de réciprocité et de ningiqtuq (partage). L'imposition de ce système s'inscrivait dans un effort plus large visant à assimiler les Inuits aux normes, aux valeurs, aux hypothèses, aux institutions et aux modes de vie occidentaux. Par conséquent, les Inuits sont passés d'« un monde imprégné de rituels, de relations et de sens à un monde de relations impersonnelles et laïques fondées sur les biens » [traduction] (181). L'incidence néfaste de ces politiques a finalement été reconnue par le gouvernement du Canada, qui s'est officiellement excusé en 2019 (182).

Des années 1940 aux années 1960, la tuberculose au Canada a atteint des proportions épidémiques. À partir des années 1940, le gouvernement canadien a mené un recensement auprès des Inuits et d'autres peuples autochtones vivant dans le nord du Canada afin d'identifier les personnes atteintes de tuberculose et d'autres affections graves. Les personnes atteintes de ces affections ont été retirées de leur domicile et de leur famille et évacuées vers des hôpitaux situés dans le sud du Canada. Les séjours à l'hôpital étaient souvent longs et pouvaient durer plusieurs années, et bien que de nombreux Inuits soient rentrés chez eux, d'autres n'ont jamais pu le faire, soit parce qu'ils avaient choisi de rester dans le Sud, soit parce que leur état de santé ne leur permettait pas de revenir, soit parce qu'ils étaient décédés des suites de leur maladie. Les patients inuits ne bénéficiaient pas du soutien de leur famille pendant leur traitement et ont dû s'adapter à une nouvelle culture ainsi qu'à leur maladie et à leur traitement à l'hôpital. À leur retour à la maison, ils étaient confrontés à une autre série de défis de réadaptation (183).

Métis

Les relations avec la terre sont une composante centrale de l'identité et du bien-être des Métis, mais les stratégies d'assimilation passées et en cours ont pour but de déconnecter, de relocaliser et de déplacer les Métis de la terre (184). Les Métis ont été déplacés afin de faire de la place pour les colons européens et ont été exclus des processus de traités, ce qui les a empêchés de négocier et de faire respecter leurs droits collectifs. Les tentatives des Métis de se rebeller contre cet empiètement par la mobilisation politique ont été accueillies par la force militaire, ce qui a donné lieu à des affrontements dans la baie Mica, à Rivière Rouge et Batoche. Un système de certificats a été mis en place pour lotir de petites sections de terres agricoles improductives au Manitoba pour les Métis, ce qui a mené à l'aliénation et au déplacement des familles et des communautés métisses (56).

Les Métis ont été victimes de discrimination de la part des colonisateurs qui ont refusé de les intégrer dans le système scolaire classique. Au lieu de cela, les enfants métis ont été retirés de force de leur famille pour fréquenter des pensionnats et des écoles dirigées par des congrégations religieuses. Les enfants forcés de fréquenter ces écoles ont souvent été sélectionnés en fonction de leur apparence, et ceux qui ressemblaient davantage à leurs ancêtres européens étaient épargnés (186). Les pensionnats autochtones ont été mis en place pour « civiliser et christianiser » [traduction] les enfants et éroder systématiquement les langues, les traditions, la spiritualité et la culture métisses (185). De nombreux enfants métis ont subi de la violence émotionnelle, spirituelle, physique et sexuelle, et le traumatisme qui en résulte continue de nuire à la santé et au bien-être des survivants et de leurs descendants (187).

Islamophobie

Les études canadiennes sur la santé mentale donnent un exemple de discrimination intersectionnelle associée aux expériences d'islamophobie dans la société canadienne et décrivent ses répercussions sur les perceptions du stress, le sentiment de sécurité, l'appartenance, les liens communautaires et l'estime de soi (188). Nous avons délibérément choisi d'étudier en détail cette question complexe pour décrire comment la nature multidimensionnelle des formes croisées de discrimination est vécue.

L'islamophobie a été définie comme étant « la peur, la haine et l'hostilité envers l'islam et les musulmans ayant comme origine une série de points de vue fermés qui concernent les musulmans et leur attribuent des croyances et des stéréotypes négatifs et méprisants [...], ce qui entraîne des pratiques d'exclusion et de discrimination » [traduction] (189). La Stratégie canadienne de lutte contre le racisme (2024-2028) l'islamophobie se définit comme suit : « racisme, stéréotypes, préjugés, peur ou

actes d'hostilité envers des personnes musulmanes ou les adeptes de l'islam en général » (190). En plus de motiver des actes d'intolérance et de profilage racial, l'islamophobie mène à considérer, aux niveaux institutionnel, systémique et sociétal, que les musulmans constituent une menace accrue pour la sécurité (190). La discrimination peut être directe, par exemple, vis-à-vis « les membres des communautés musulmanes [...] en les privant explicitement d'un droit ou d'une liberté » [traduction], y compris le droit à la sécurité personnelle, ou indirecte, lorsqu'un « effet inégal est produit pour les musulmans par une mesure en place, même si ce n'était pas l'intention explicite de quiconque ayant promulgué la mesure » [traduction] (189). Les crimes haineux contre les musulmans, en hausse au Canada, constituent une forme de discrimination directe, tout comme les microagressions (191,192).

Dans les sociétés occidentales comme le Canada, l'islamophobie positionne les musulmans comme « autres » par plusieurs mécanismes. Premièrement, le sentiment anti-musulman recoupe le racisme systémique. Étant donné que de nombreux musulmans sont racialisés, ils peuvent être perçus comme étant différents par rapport à une identité blanche d'origine locale (193, 194), et l'identité musulmane est perçue comme étant menaçante pour l'identité blanche « locale » (194). Deuxièmement, le discours social et public, y compris le contenu des médias, peut renforcer les incompatibilités perçues entre les « valeurs et les modes de vie » [traduction] islamiques et occidentaux (194), y compris dans les États laïques où certaines personnes peuvent ressentir de l'appréhension face à l'incursion potentielle de la religion dans les institutions publiques et la sphère publique (189). Troisièmement, dans le contexte de l'histoire des conflits armés dans les pays à majorité musulmane, les immigrants provenant de pays avec lesquels le Canada et des États semblables sont ou ont été en guerre sont présentés comme une menace potentielle à la sécurité nationale (194). Bien qu'il soit clair que « tous les Arabes ne sont pas musulmans, ni tous les musulmans, arabes » [traduction] (194), les attaques du 11 septembre aux États-Unis et les invasions et guerres subséquentes dans des États à majorité arabe ou musulmane comme l'Irak et l'Afghanistan ont conduit à une convergence de « race, religion et nationalité » [traduction] ressentie par les Arabes et les musulmans depuis le 11 septembre. Cela se traduit par des expériences de discrimination islamophobe (194).

En effet, la distinction peut être difficile à faire pour déterminer s'il s'agit de discrimination contre les musulmans ou contre les identités ethniques ou raciales (189). Des études canadiennes ont souligné la nature intersectionnelle de la discrimination fondée sur l'islamophobie, en particulier la façon dont la discrimination est fondée sur le sexe et les marqueurs visibles de la foi, comme le port du hijab, et sur les marqueurs de race ou d'ethnicité comme la couleur de la peau ou l'accent (188). Une participante à une étude sur la discrimination et la santé mentale des femmes musulmanes a donné une explication :

Pour les plus visibles, qui portent un hijab et des tenues non canadiennes, ont le teint visiblement différent et un accent, c'est dévastateur... Une couleur différente aussi. C'est une situation intenable. C'est la pire avenue possible; cela se produit à plusieurs niveaux. Donc une personne qui porte un hijab et n'a pas d'accent a plus de chances d'être acceptée que quelqu'un qui porte un hijab et a un accent. L'effet est cumulatif (188). [traduction libre]

Une autre participante a fait part de cette observation :

J'ai l'impression que la couleur de la peau joue toujours un rôle important aussi. En tant que musulmane, on porte un hijab, puis la couleur de notre peau est différente... Il y a la partie musulmane, puis il y a la couleur de la peau, n'est-ce pas? Mis ensemble, c'est comme si les gens ne savaient plus comment agir, n'est-ce pas? Cela joue un rôle important dans la discrimination envers la communauté musulmane (188). [traduction libre]

Les participantes à l'étude de Hunt et coll. ont indiqué qu'elles subissaient des microagressions, notamment en se faisant poser des questions sur leur pays d'origine ou en entendant des commentaires sur leur appartenance présumée à la communauté (188) :

Ils vont me considérer comme une étrangère. Par exemple : « Vous venez d'emménager ici? » Je réponds : « Non, je vis ici... Je suis née ici. »... On me dit ça souvent et je me demande pourquoi. Est-ce parce que je porte un niqab? (188). [traduction libre]

D'autres fois, les expériences interpersonnelles de discrimination sont plus manifestes et comprennent des expériences de violence verbale :

• *Je me souviens de cet événement. Très récemment, quelqu'un a littéralement commencé à m'insulter. Notamment en me disant d'enlever mon foulard (188). [traduction libre]*

Ces types d'interactions ont une incidence sur la santé mentale et le bien-être, y compris la santé affective (humeur), le sentiment d'appartenance à la communauté et l'estime de soi (188). Dans la même étude, une femme musulmane a fait l'observation suivante :

• *Cela a un impact énorme sur la santé mentale, d'après moi. Vous savez, certains jours on se sent simplement déprimés en général, et ce poids supplémentaire de ne pas appartenir s'ajoute, vous savez... parfois, ça devient trop lourd. C'est accablant dans une journée, vous savez. Donc, je pense que cela a un gros impact sur la santé mentale (188). [traduction libre]*

Discrimination vécue par les nouveaux arrivants au Canada

Dans une étude sur la santé mentale des jeunes immigrants et réfugiés, on décrit le contexte social de la santé mentale comme étant la combinaison de « structures sociales, de pratiques institutionnelles et de biographies personnelles » [traduction]. Pour les nouveaux arrivants au Canada, se sentir comme un étranger et être mal compris étaient monnaie courante (134).

Dans le cadre des idées stéréotypées selon lesquelles les pays à revenu faible et intermédiaire sont dangereux, moins développés et dépourvus de modernité, les personnes sont décrites comme étant « arriérées », indésirables et inférieures, ce qui peut attiser la xénophobie. À l'inverse, ces stéréotypes sont à l'origine des idées qui contribuent aux attentes selon lesquelles les nouveaux arrivants devraient être reconnaissants d'être au Canada, adhérer à des concepts de bonne citoyenneté et se conformer à la société canadienne et s'y intégrer. Cela amplifie le stress et la pression vécus lors de l'expérience de la migration et de l'établissement, qui est souvent difficile et stressante en soi (134). Un participant à l'étude examinant la santé mentale chez les hommes immigrants et réfugiés a décrit son expérience comme suit :

• *Je n'arrêtais pas de dire à [mon avocat] que je veux faire venir ma famille... Je sais que leur vie est en danger. Il m'a dit que je n'avais qu'à me concentrer sur moi-même. En restant à l'écart des problèmes, en essayant toujours d'obtenir une bonne éducation, en étant un gentil citoyen... Il m'a dit que si je suivais toutes ces règles, je pourrais peut-être... il y aurait plus de chances de faire venir ma famille... Il faut être bon citoyen, il faut avoir un bon revenu, les soutenir [...], parce que le gouvernement, il ne veut pas s'occuper des autres, vous savez? (134) [traduction libre]*

Le processus de migration et d'établissement, lorsqu'il est compliqué par la xénophobie et le racisme, peut mener à l'intériorisation de stéréotypes et de croyances négatifs, au renforcement des attentes d'aspirer à la « blancheur » ou à la normalisation voulant que les pratiques sociales et culturelles des Blancs soient « la bonne façon de faire ». Lorsque ces pratiques sont perçues comme étant une mesure du succès dans la société, cela peut entraîner une exposition chronique au stress et un sentiment d'infériorité (195).

Outre les difficultés liées à l'emploi et au revenu, les immigrants, en particulier ceux qui n'ont pas de documents officiels, peuvent se heurter à des obstacles à l'accès aux soins de santé, à un logement adéquat et à des cours de langue (196, 197). Ces conditions sociales précaires peuvent entraîner un isolement social et une dépendance envers les conjoints ou les membres de la famille (197). Par exemple, une étude menée auprès de femmes immigrantes et réfugiées qui ont demandé de l'aide pour une dépression post-partum a documenté comment la crainte d'expulsion ou de retrait du statut de résidence empêchait certaines femmes d'accéder aux soutiens nécessaires en santé mentale. Une participante a fait la remarque suivante :

Je n'ai pas d'assurance. Ça fait 9 mois que j'ai accouché... J'ai besoin de passer un test Pap, mais je n'ai tout simplement pas de soutien. Je n'ai pas de papiers alors ça cause beaucoup de problèmes quand on ne peut pas aller à l'école et qu'on ne peut pas apprendre l'anglais... Sans travail, j'étais très déprimé parce que... comme en ce moment, je n'ai pas d'électricité, car on me l'a coupée et je n'ai pas l'argent pour la payer. J'ai essayé de demander de l'aide aux services d'immigration, mais je n'ai pas de papiers (197). [traduction libre]

Bien que la recherche qualitative traite de l'incidence du racisme, de la discrimination et de la xénophobie sur la santé mentale des sous-groupes de la population racialisés et immigrants vivant au Canada, l'examen du rôle des facteurs structurels comme le racisme et la discrimination systémiques sur la santé mentale de la population au moyen d'approches quantitatives dépasse la portée du présent rapport. Nous avons toutefois été en mesure d'utiliser les données de l'ESCC pour présenter les tendances des résultats en matière de santé mentale positive chez les personnes racialisées et immigrantes qui ont été victimes de discrimination fondée sur la race, l'ethnicité, la culture, la religion et la langue.

Lorsque les inégalités de santé mentale selon la race et/ou de l'origine ethnique et le statut d'immigrant reposent sur des données d'enquête autodéclarées, des biais de réponse et d'échantillonnage peuvent se produire. Ceux-ci peuvent à leur tour affecter la taille des inégalités observées et rendre les résultats moins valides et moins significatifs. Par exemple, les perspectives culturelles peuvent influencer sur les affirmations et/ou la volonté des personnes d'exprimer leurs pensées sur leur santé mentale. Le recrutement volontaire dans les enquêtes peut également conduire à une non-réponse sélective (c'est-à-dire lorsque la non-participation se produit dans des groupes de répondants plutôt qu'individuellement), ce qui fait qu'un groupe est largement absent des efforts de collecte de données. Pour résoudre ces problèmes, il faut recueillir des informations sur la santé mentale à l'aide d'outils valables d'une culture à l'autre et employer des méthodes permettant de maximiser la participation à l'enquête. Compte tenu de ces limites, l'ampleur de l'effet des inégalités observées doit être interprétée avec prudence.

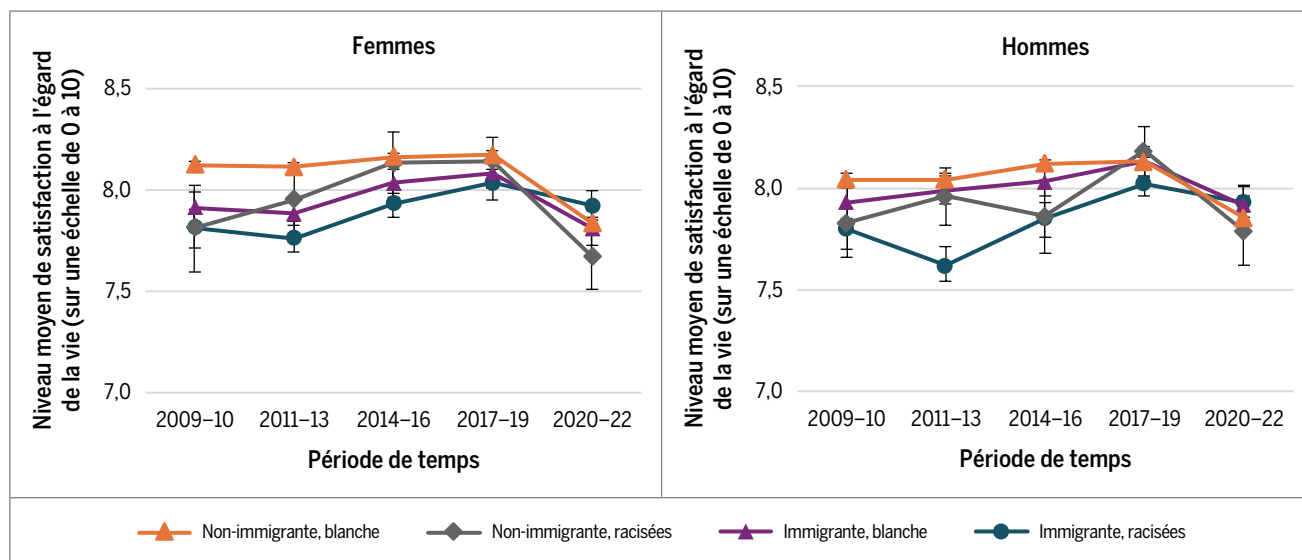
Les tendances montrent que de 2009 jusqu'à avant 2022, la satisfaction moyenne à l'égard de la vie était plus faible chez les groupes racialisés ou immigrants que chez les non-immigrants blancs, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 6.A). Toutefois, ces inégalités ont diminué au fil du temps et n'étaient plus évidentes après la période de 2017 à 2022. La prévalence globale d'un niveau élevé de santé mentale autodéclarée a diminué dans tous les groupes entre 2007 et 2022, les femmes affichant un déclin plus prononcé que les hommes. Chez les hommes et les femmes, les non-immigrants blancs ont affiché la

plus forte baisse de leur santé mentale autoévaluée au fil du temps, et les immigrants racialisés ont déclaré la plus faible réduction (figure 6.B). Cela s'est traduit par une diminution notable de l'inégalité élevée en santé mentale autoévaluée entre les immigrants racialisés et les non-immigrants blancs, en termes absolus et relatifs, pour les deux sexes.

Avant 2022, les personnes blanches (nées au Canada et immigrantes) affichaient globalement une satisfaction moyenne à l'égard de la vie plus élevée que les personnes racialisées (figure 7.A). Toutefois, de 2020 à 2022, ces différences n'étaient plus évidentes. Les inégalités liées à la race et à l'ethnicité en ce qui a trait à un niveau élevé de santé mentale autoévaluée ont également diminué dans la plupart des groupes au fil du temps, notamment chez les femmes et les hommes noirs et les hommes sud-asiatiques (figure 7.B). La réduction des inégalités raciales et ethniques concernant la satisfaction à l'égard de la vie tend à refléter l'amélioration des scores de satisfaction à l'égard de la vie chez les populations racialisées comparativement à un faible changement des scores de satisfaction à l'égard de la vie dans la population blanche. En revanche, les niveaux élevés de santé mentale autoévaluée ont diminué dans tous les groupes, et la réduction des inégalités raciales et ethniques reflète des déclin plus prononcés dans la population blanche que dans les autres groupes.

Bien que les inégalités aient diminué, un déclin de la santé mentale du groupe de référence est indésirable (aussi appelée « nivellement vers le bas ») (198). Il s'agit d'un facteur important dans l'évaluation de l'évolution des inégalités au fil du temps. Si l'on veut atteindre un niveau supérieur, la réduction des inégalités devrait refléter l'amélioration de la santé mentale positive chez les personnes défavorisées plutôt que l'expérience de détérioration de la santé mentale chez les personnes plus favorisées.

Figure 6.A. Tendances de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon le sexe/genre, la race/l'ethnicité et le statut d'immigrant, population âgée de 12 ans et plus, 2009-2022



	Différence dans la cote moyenne de satisfaction à l'égard de la vie					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes						2009-2010 vs 2020-2022	
Non-immigrant, Blanc (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Non-immigrant, racialisé	-0,21 (-0,38, -0,04)	-0,08 (-0,22, 0,05)	-0,26 (-0,44, -0,08)	0,04 (-0,08, 0,17)	-0,06 (-0,24, 0,11)	-0,15 (-0,38, 0,09)	-70
Immigrant, Blanc	-0,11 (-0,2, -0,03)	-0,05 (-0,13, 0,03)	-0,09 (-0,16, -0,02)	0 (-0,08, 0,07)	0,07 (-0,03, 0,17)	-0,18 (-0,31, -0,05)	-161
Immigrant, racialisé	-0,24 (-0,35, -0,14)	-0,42 (-0,5, -0,33)	-0,27 (-0,36, -0,18)	-0,11 (-0,17, -0,04)	0,07 (-0,01, 0,15)	-0,31 (-0,45, -0,18)	-130
Femmes							
Non-immigrante, Blanche (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Non-immigrante, racialisée	-0,31 (-0,53, -0,1)	-0,16 (-0,33, 0,02)	-0,03 (-0,18, 0,12)	-0,03 (-0,16, 0,1)	-0,17 (-0,34, 0)	-0,14 (-0,42, 0,13)	-46
Immigrante, Blanche	-0,21 (-0,29, -0,13)	-0,22 (-0,29, -0,15)	-0,13 (-0,21, -0,05)	-0,09 (-0,16, -0,01)	-0,04 (-0,13, 0,05)	-0,17 (-0,29, -0,04)	-80
Immigrante, racialisée	-0,32 (-0,41, -0,22)	-0,34 (-0,42, -0,26)	-0,23 (-0,3, -0,16)	-0,14 (-0,22, -0,06)	0,08 (0, 0,15)	-0,39 (-0,52, -0,27)	-124

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DC, différence de cote; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Satisfaction moyenne à l'égard de la vie : degré de satisfaction générale déclaré à l'égard de la vie sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10 signifie « très satisfait ». Les valeurs négatives pour les différences de cotes (DC) de satisfaction à l'égard de la vie indiquent des inégalités absolues dans la satisfaction à l'égard de la vie pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DC en 2009-2010)-(DC en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DC \text{ en } 2009-2010) - (DC \text{ en } 2020-2022) / (DC \text{ en } 2009-2010)]$.

Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées à l'immigration et à la race ou à l'ethnicité dans la satisfaction à l'égard de la vie; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Le statut d'immigrant était fondé sur les répondants ayant déclaré être des immigrants reçus, des résidents non permanents ou des non-immigrants (nés au Canada).

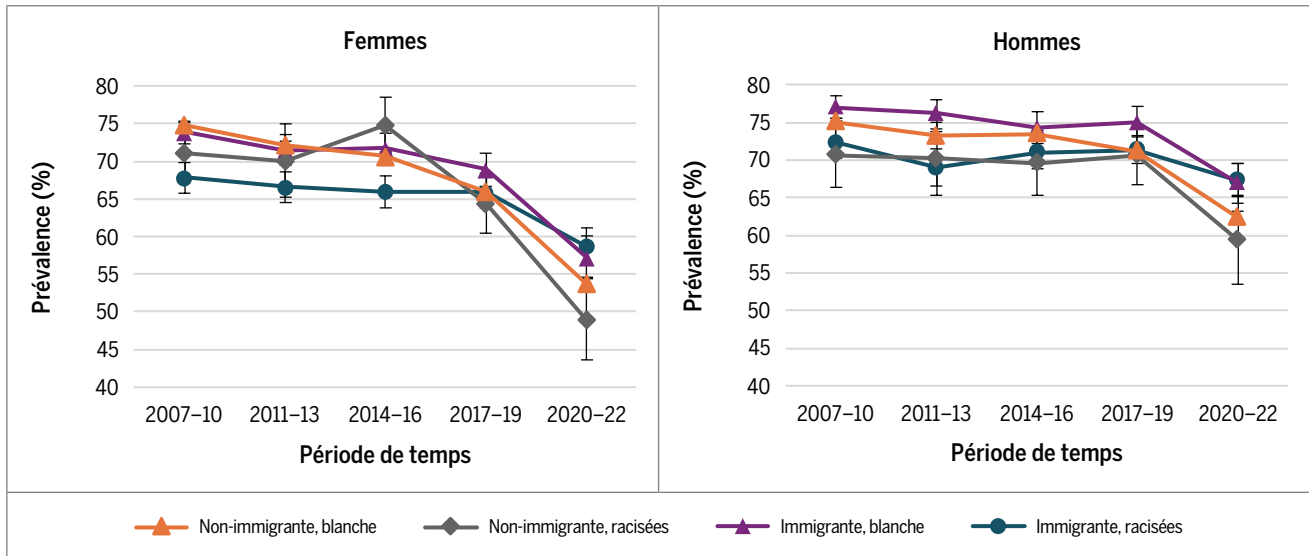
Le statut racialisé a été déterminé en fonction des répondants qui ont déclaré appartenir à un groupe racial ou culturel particulier (c. -à-d. Noir, Blanc, Sud-Asiatique).

Les réponses ont ensuite été regroupées en groupes racialisés ou blancs (l'identité autochtone a été exclue de ces analyses).

Les données proviennent des enquêtes annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC); l'échantillon est composé de la population âgée de 12 ans et plus; les estimations sont normalisées selon l'âge à la population du Recensement de 2016 par tranches d'âge de 5 ans. Les analyses excluaient les données de l'enquête annuelle de 2007-2008, qui utilisait une échelle différente de satisfaction à l'égard de la vie. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Pour en savoir plus sur les données et les considérations relatives à l'analyse, consultez le site suivant : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>. Les tendances en matière d'inégalité pour d'autres résultats en matière de santé mentale (p. ex. suicidalité, symptomatologie dépressive, stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne dans le site suivant : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 6.B. Tendances relatives à une autoévaluation de la santé mentale excellente et très bonne selon le sexe/genre, la race/l'ethnicité et le statut d'immigrant, population âgée de 12 ans et plus, 2007-2022



	Différence de prévalence pour une autoévaluation de la santé mentale excellente et très bonne					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes							
Non-immigrant, Blanc (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Non-immigrant, racialisé	-4,4 (-8,8, 0,1)	-3,0 (-8, 1,9)	-3,9 (-8, 0,2)	-0,5 (-4,5, 3,5)	-2,6 (-8,6, 3,3)	-1,7 (-9,3, 5,9)	-40
Immigrant, Blanc	1,9 (0,4, 3,5)	2,9 (0,9, 5)	0,9 (-1,4, 3,1)	3,8 (1,7, 6)	4,6 (1,7, 7,5)	-2,7 (-6,0, 0,6)	-141
Immigrant, racialisé	-2,8 (-4,9, -0,8)	-4,2(-6,7, -1,7)	-2,5 (-4,7, -0,3)	0,2 (-1,8, 2,1)	5,4 (3, 7,8)	-8,2 (-11,4, -5,1)	-293
Femmes							
Non-immigrante, Blanche (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Non-immigrante, racialisée	-3,7 (-7,5, 0,1)	-2,0 (-6,9, 2,9)	4,1 (0,2, 7,9)	-1,7 (-5,7, 2,4)	-5,0 (-10,4, 0,5)	1,3 (-5,5, 8,0)	34
Immigrante, Blanche	-0,8 (-2,4, 0,7)	-0,7 (-2,8, 1,4)	1,0 (-1,1, 3,1)	2,8 (0,6, 5,1)	2,7 (-0,2, 5,7)	-3,5 (-6,8, -0,3)	-430
Immigrante, racialisée	-7,0 (-9,1, -4,8)	-5,6 (-7,7, -3,5)	-4,7 (-6,9, -2,5)	-0,2 (-2,4, 2)	4,7 (2,1, 7,3)	-11,6 (-15,1, -8,2)	-167

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; AESM, autoévaluation de la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Remarque :

Excellente/très bonne santé mentale autoévaluée (AESM) : pourcentage de la population qui a déclaré que sa santé mentale était « excellente » ou « très bonne » (par rapport à « bonne », « passable » ou « mauvaise »). Les valeurs négatives des différences de prévalence (DP) indiquent une inégalité absolue concernant une AESM excellente/très bonne pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DP en 2007-2010)-(DP en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ en } 2007-2010) - (DP \text{ en } 2020-2022)] / (DP \text{ en } 2007-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à l'augmentation des inégalités liées à l'immigration et à la race/ethnicité dans l'auto-évaluation d'une excellente/très bonne santé mentale (AESM); les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Le statut d'immigrant était fondé sur les répondants ayant déclaré être des immigrants reçus, des résidents non permanents ou des non-immigrants (nés au Canada).

Le statut racialisé a été déterminé en fonction des répondants qui ont déclaré s'ils appartenaient à un groupe racial ou culturel particulier (c.-à-d. Noir, Blanc, Sud-Asiatique).

Les réponses ont ensuite été regroupées en groupes racialisés ou blancs (l'identité autochtone a été exclue de ces analyses).

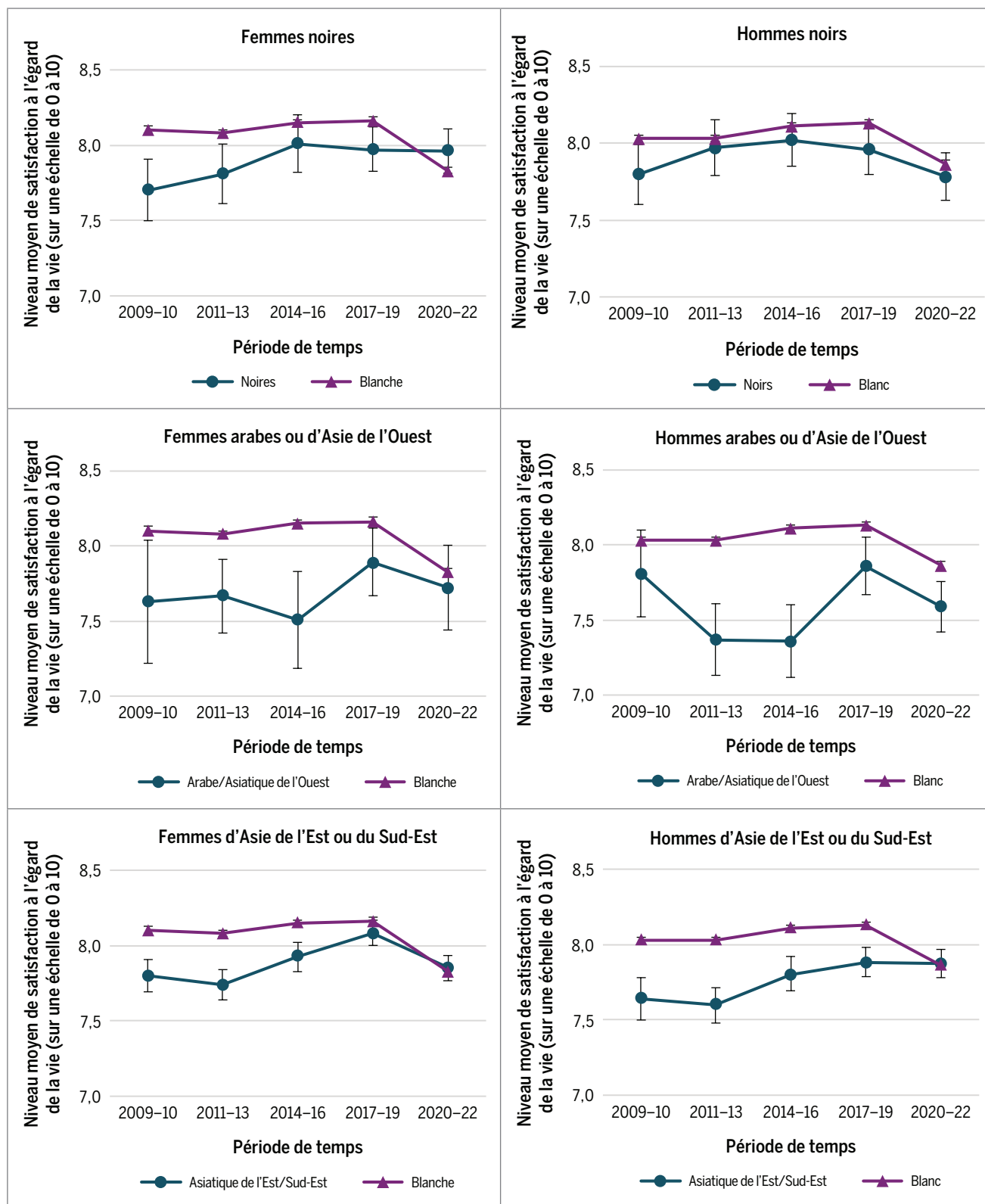
Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

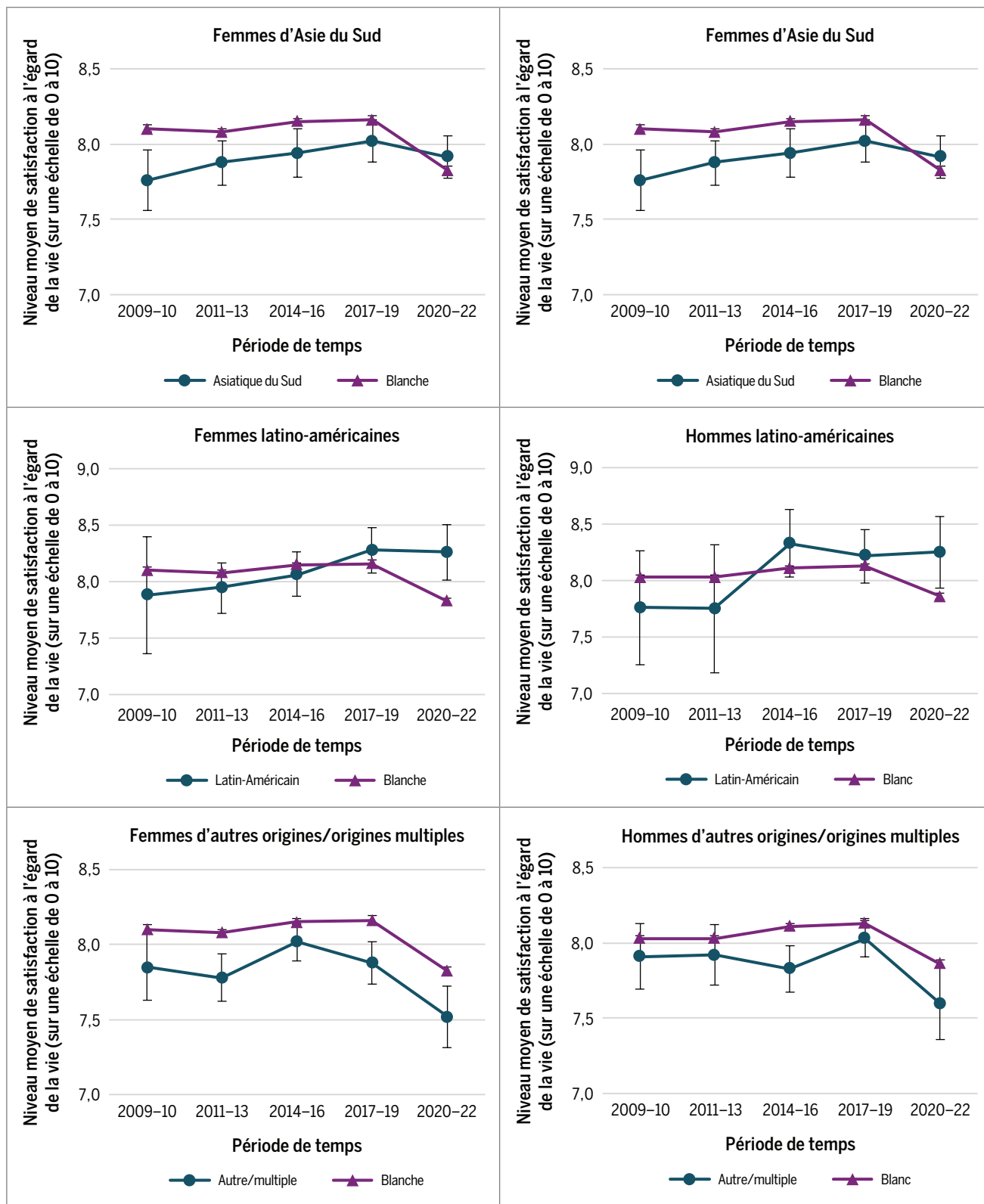
Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 7.A. Tendances de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon le sexe/genre et la race/ethnicité, population âgée de 12 ans et plus, 2009-2022





	Différence dans la cote moyenne de satisfaction à l'égard de la vie					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2009-2010 vs 2020-2022	
Hommes							
Blanc (référence)	0	0	0	0	0	–	–
Noir	-0,23 (-0,42, -0,03)	-0,06 (-0,25, 0,12)	-0,08 (-0,25, 0,09)	-0,17 (-0,34, -0,01)	-0,06 (-0,22, 0,1)	-0,16 (-0,42, 0,09)	-72
Arabe/Asiatique de l'Ouest	-0,22 (-0,51, 0,08)	-0,66 (-0,9, -0,42)	-0,75 (-0,99, -0,51)	-0,28 (-0,47, -0,08)	-0,27 (-0,44, -0,1)	0,05 (-0,29, 0,40)	25
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	-0,39 (-0,53, -0,25)	-0,43 (-0,55, -0,32)	-0,30 (-0,42, -0,19)	-0,25 (-0,35, -0,15)	0,01 (-0,08, 0,11)	-0,40 (-0,58, -0,22)	-103
Sud-asiatique	-0,14 (-0,32, 0,04)	-0,36 (-0,51, -0,21)	-0,18 (-0,35, -0,01)	-0,03 (-0,15, 0,08)	0,19 (0,06, 0,33)	-0,34 (-0,57, -0,11)	-235
Latino-Américain	-0,27 (-0,77, 0,23)	-0,28 (-0,85, 0,28)	0,22 (-0,08, 0,52)	0,08 (-0,15, 0,32)	0,39 (0,07, 0,7)	-0,66 (-1,22, -0,10)	-244
Autre race/origine ethnique ou mixte	-0,12 (-0,33, 0,1)	-0,11 (-0,31, 0,09)	-0,28 (-0,44, -0,12)	-0,10 (-0,23, 0,03)	-0,27 (-0,51, -0,03)	0,16 (-0,17, 0,48)	136
Femmes							
Blanche (référence)	0	0	0	0	0	–	–
Noire	-0,40 (-0,6, -0,2)	-0,27 (-0,47, -0,07)	-0,14 (-0,33, 0,05)	-0,19 (-0,34, -0,04)	0,14 (-0,01, 0,28)	-0,54 (-0,78, -0,29)	-134
Arabe/Asiatique de l'Ouest	-0,47 (-0,89, -0,06)	-0,41 (-0,66, -0,17)	-0,64 (-0,96, -0,32)	-0,27 (-0,49, -0,05)	-0,11 (-0,39, 0,18)	-0,36 (-0,86, 0,13)	-77
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	-0,30 (-0,41, -0,19)	-0,34 (-0,44, -0,24)	-0,23 (-0,32, -0,13)	-0,08 (-0,17, 0,01)	0,02 (-0,06, 0,11)	-0,33 (-0,47, -0,19)	-108
Sud-asiatique	-0,34 (-0,54, -0,14)	-0,20 (-0,35, -0,06)	-0,21 (-0,37, -0,05)	-0,14 (-0,28, -0,01)	0,09 (-0,06, 0,24)	-0,43 (-0,69, -0,18)	-126
Latino-Américaine	-0,22 (-0,75, 0,3)	-0,13 (-0,36, 0,09)	-0,09 (-0,28, 0,11)	0,12 (-0,09, 0,32)	0,41 (0,16, 0,66)	-0,63 (-1,22, -0,05)	-284
Autre race/origine ethnique ou mixte	-0,25 (-0,48, -0,03)	-0,30 (-0,46, -0,14)	-0,13 (-0,26, 0)	-0,29 (-0,43, -0,14)	-0,33 (-0,53, -0,12)	0,07 (-0,24, 0,38)	29

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DC, différence de cote; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Satisfaction moyenne à l'égard de la vie : degré de satisfaction générale déclaré à l'égard de la vie sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10 signifie « très satisfait ». Les valeurs négatives pour les différences de cotes de satisfaction à l'égard de la vie indiquent des inégalités absolues dans la satisfaction à l'égard de la vie pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DC en 2009-2010)-(DC en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DC \text{ en } 2009-2010) - (DC \text{ en } 2020-2022)] / (DC \text{ en } 2009-2010)$.

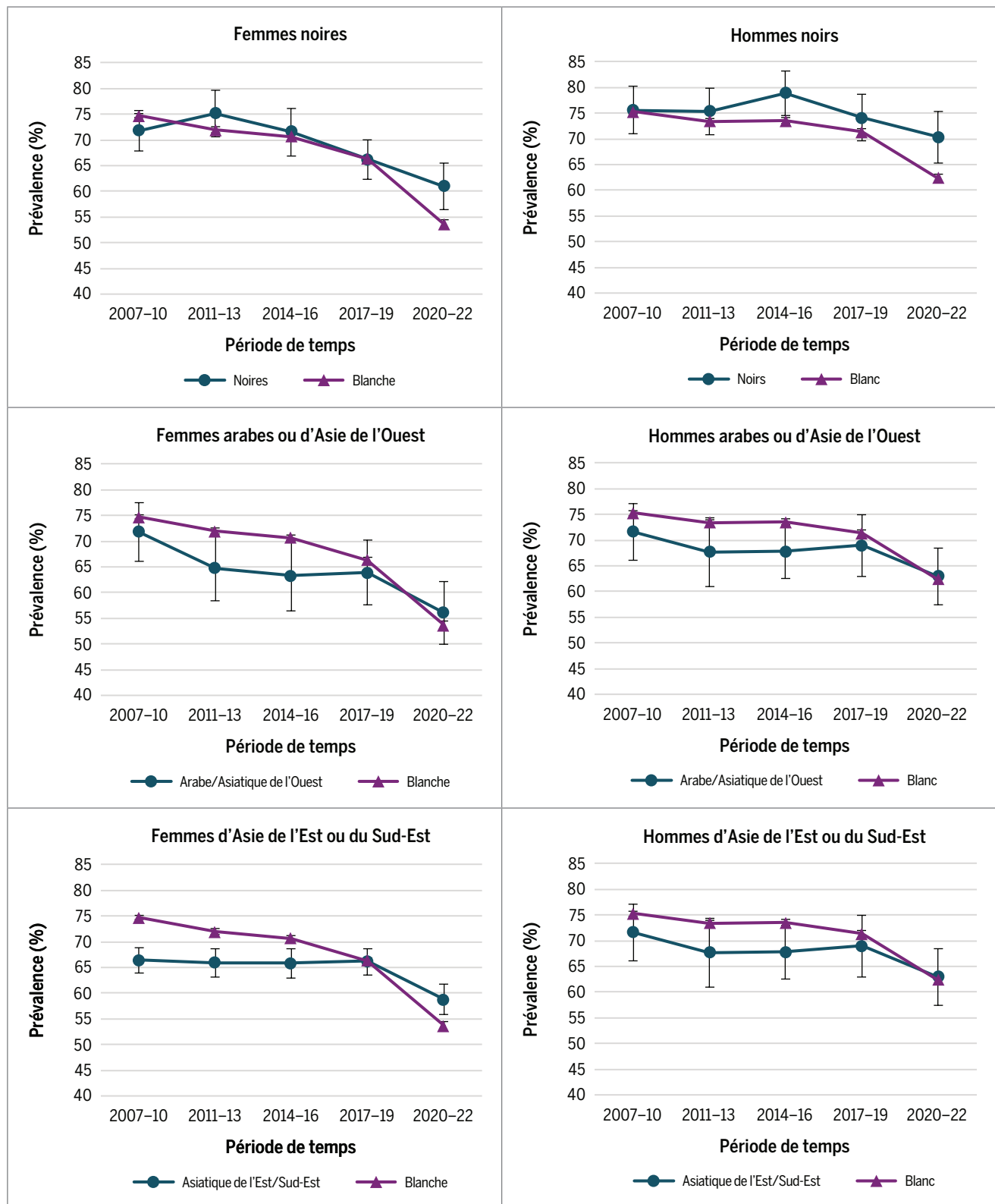
Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées à l'immigration et à la race ou à l'ethnicité dans la satisfaction à l'égard de la vie; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

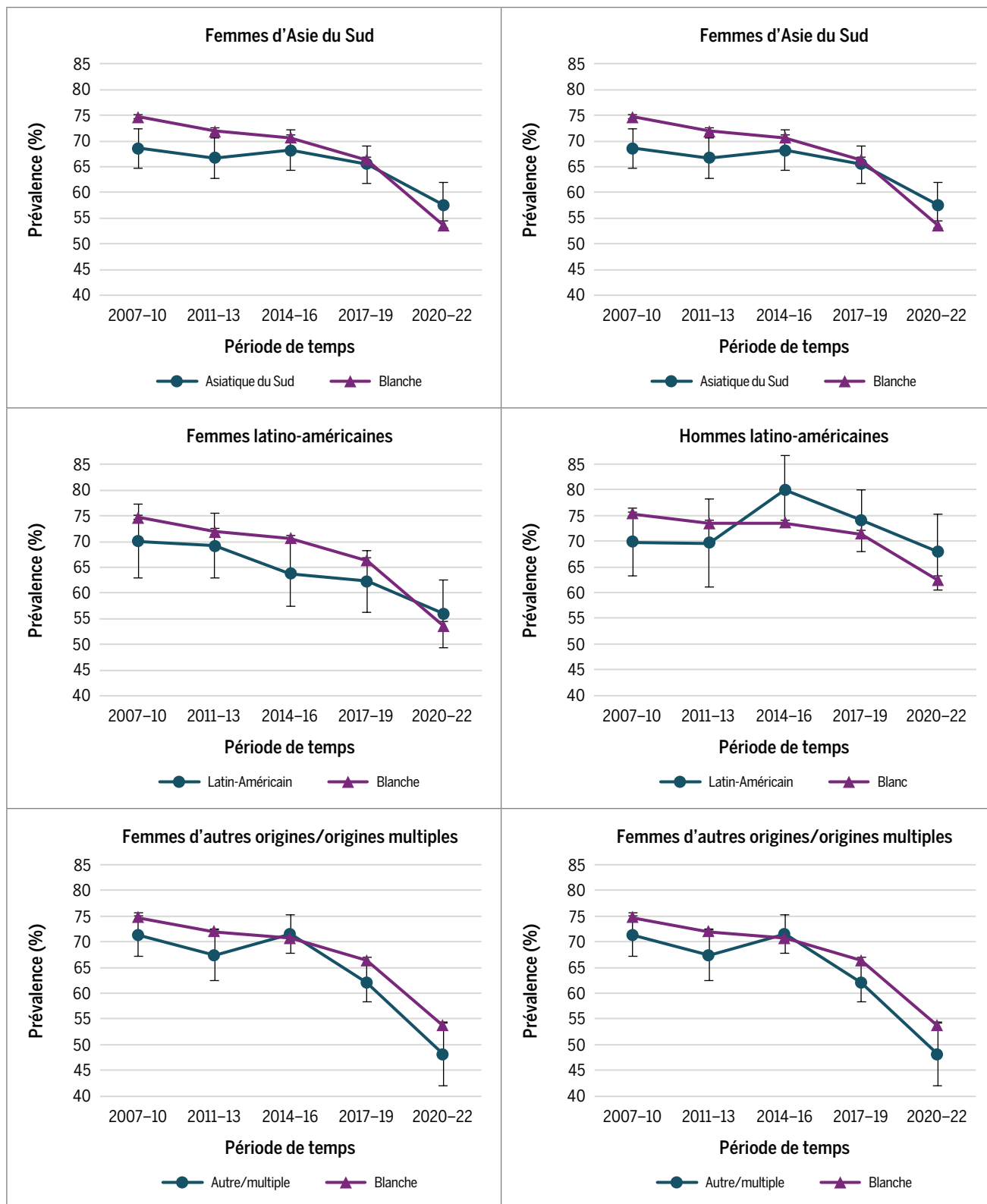
La race ou l'origine ethnique a été déterminée en fonction des réponses à une question demandant aux répondants à quel(s) groupe(s) ils s'identifient : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen, Japonais et autres (précisez). Dans notre catégorisation, seuls les répondants qui se sont identifiés comme appartenant à un seul groupe de population ont été catégorisés dans ce groupe (c.-à-d. que toute personne s'identifiant à deux groupes ou plus a été catégorisée comme d'« origine mixte »).

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus. Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>. Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 7.B. Tendances relatives à une autoévaluation de santé mentale excellente et très bonne selon le sexe/genre et la race/ethnicité, population âgée de 12 ans et plus, 2007-2022





	Différence de prévalence pour une autoévaluation de la santé mentale excellente et très bonne					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2007-2010 vs 2020-2022	
Hommes							
Blanc (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Noir	0,3 (-4,3, 4,9)	2,0 (-2,5, 6,5)	5,4 (1,9, 7)	2,8 (-1,8, 7,4)	7,9 (2,7, 13)	-7,6 (-14,4, -0,7)	-2502
Arabe/Asiatique de l'Ouest	-3,6 (-9,1, 1,9)	-5,7 (-12,5, 1,1)	-5,8 (-11,1, -0,5)	-2,4 (-8,4, 3,6)	1,0 (-4,6, 6,7)	-4,7 (-12,6, 3,2)	-129
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	-4,1 (-6,6, -1,7)	-8,0 (-11,5, -4,5)	-5,7 (-8,8, -2,7)	-5,2 (-8, -2,3)	2,3 (-0,8, 5,3)	-6,4 (-10,3, -2,5)	-155
Sud-asiatique	-2,0 (-5,5, 1,4)	0,1 (-3,9, 4,2)	1,1 (-2,8, 4,9)	4,0 (0,8, 7,3)	7,9 (4,3, 11,4)	-9,9 (-14,9, -4,9)	-484
Latino-Américain	-5,5 (-12,1, 1,1)	-3,8 (-12,4, 4,8)	6,4 (-0,4, 13,2)	2,6 (-3,4, 8,7)	5,7 (-1,8, 13,2)	-11,2 (-21,2, -1,2)	-204
Autre race/origine ethnique ou mixte	-2,9 (-7,7, 1,9)	0,9 (-3,6, 5,4)	-4,8 (-8,9, -0,7)	-1,2 (-5,1, 2,6)	0,2 (-6,6, 6,9)	-3,1 (-11,3, 5,2)	-106
Femmes							
Blanche (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Noire	-2,8 (-6,8, 1,1)	3,3 (-1,3, 7,8)	0,9 (-3,8, 5,5)	-0,1 (-4, 3,7)	7,2 (2,5, 11,9)	-10,0 (-16,2, -3,9)	-353
Arabe/Asiatique de l'Ouest	-2,9 (-8,7, 2,8)	-7,2 (-13,4, -0,9)	-7,3 (-14,4, -0,3)	-2,4 (-8,7, 3,9)	2,6 (-3,6, 8,8)	-5,5 (-13,9, 2,9)	-188
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	-8,3 (-10,8, -5,7)	-6,0 (-8,9, -3,2)	-4,8 (-7,7, -2)	-0,2 (-2,7, 2,4)	5,2 (2, 8,3)	-13,4 (-17,5, -9,4)	-163
Sud-asiatique	-6,1 (-9,9, -2,2)	-5,2 (-9,2, -1,2)	-2,4 (-6,3, 1,4)	-0,8 (-4,6, 2,9)	3,6 (-0,9, 8,1)	-9,7 (-15,6, -3,8)	-160
Latino-Américaine	-4,6 (-11,8, 2,6)	-2,7 (-9, 3,7)	-6,9 (-13,2, -0,6)	-4,1 (-10,1, 2)	2,6 (-4,3, 9,5)	-7,2 (-17,2, 2,7)	-158
Autre race/origine ethnique ou mixte	-3,4 (-7,6, 0,9)	-4,7 (-9,6, 0,3)	0,8 (-2,9, 4,5)	-4,3 (-8,1, -0,5)	-6,2 (-12,4, 0)	2,9 (-4,7, 10,4)	85

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; AESM, autoévaluation de la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Excellente/très bonne santé mentale autoévaluée (AESM) : pourcentage de la population qui a déclaré que sa santé mentale était « excellente » ou « très bonne » (par rapport à « bonne », « passable » ou « mauvaise »). Les valeurs négatives des différences de prévalence (DP) indiquent une inégalité absolue concernant une AESM excellente/très bonne selon la race/l'ethnicité pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DP en 2007-2010)-(DP en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ en } 2007-2010) - (DP \text{ en } 2020-2022)] / (DP \text{ en } 2007-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives (%) : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées à la race ou à l'ethnicité pour une autoévaluation de la santé mentale excellente et très bonne; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

La race ou l'origine ethnique a été déterminée en fonction des réponses à une question demandant aux répondants à quel(s) groupe(s) ils s'identifient : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Blanc, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen, Japonais et autres (précisez). Dans notre catégorisation, seuls les répondants qui se sont identifiés comme appartenant à un seul groupe de population ont été catégorisés dans ce groupe (c.-à-d. que toute personne s'identifiant à deux groupes ou plus a été catégorisée comme d'« origine mixte »).

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus. Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>. Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidabilité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Discrimination fondée sur l'orientation sexuelle

L'homophobie, la transphobie et l'hétéronormativité sont des facteurs de stigmatisation et de discrimination qui peuvent entraîner de mauvais résultats en matière de santé mentale. L'homophobie est une peur pathologique des personnes qui sont attirées par le même sexe ou une aversion envers ces personnes. L'homophobie peut entraîner des comportements hostiles et nuisibles, comme des actes d'exclusion sociale et de violence physique, et des attaques verbales désobligeantes (199, 200). L'hétéronormativité au niveau structurel représente un système idéologique de longue date qui discrimine, marginalise, invalide ou pénalise toute forme non hétérosexuelle de comportement, d'identité, de relation ou de communauté (71,72). L'hétérosexualité est considérée comme la « norme » en matière d'orientation sexuelle, bien que toutes les cultures humaines à un moment donné de leur histoire aient inclus des orientations sexuelles de même sexe et de sexe différent.

Plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer les associations entre l'orientation sexuelle et les résultats négatifs en matière de santé mentale. Des études ont révélé que les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres sont plus susceptibles d'être victimes de violence sexuelle ou physique. Ces facteurs de stress peuvent entraîner des traumatismes physiques ou psychologiques qui peuvent nuire à la santé mentale tout au long de la vie (201). Les systèmes de sexisme, d'hétéronormativité et d'autres systèmes de pouvoir, comme le racisme et le capacitisme, qui se chevauchent et sont interconnectés créent les conditions dans lesquelles les populations 2ELGBTQI+, particulièrement celles qui sont racialisées, qui sont séropositives pour le VIH/sida ou qui ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale – subissent de façon disproportionnée de la stigmatisation, de la discrimination, de la violence et de l'exclusion sociale (67-69, 191, 201-205). Ces facteurs représentent à la fois des sources de stress et des obstacles à l'accès aux ressources de promotion de la santé et aux soutiens sociaux.

Le modèle de stress des minorités a été utilisé pour expliquer les résultats négatifs en matière de santé mentale, principalement pour les personnes 2ELGBTQI+,

liés à la stigmatisation, aux préjugés et à la discrimination (206). Selon ce modèle, les facteurs de stress au cours de la vie produits par une culture d'hétéronormativité et d'homophobie, comme l'exposition chronique à des expériences de discrimination ou de violence, lorsqu'ils sont combinés à des facteurs identitaires comme l'orientation sexuelle, peuvent entraîner des résultats négatifs en matière de santé mentale pour les personnes 2ELGBTQI+, surtout en l'absence de systèmes de soutien. Parmi les autres exemples de facteurs de stress identitaires au cours de la vie, mentionnons l'exposition à des croyances stigmatisantes au sujet des minorités sexuelles et de genre, l'homophobie intériorisée (p. ex. sentiments de honte au sujet de l'orientation sexuelle) et la dissimulation de l'identité. Les expériences de discrimination sont complexes et peuvent comprendre des traumatismes de la petite enfance, par exemple en raison des efforts faits pour changer l'identité et de l'expression de genre, y compris la thérapie de conversion, l'intimidation homophobe et transphobe et la maltraitance pendant l'enfance dans de multiples contextes (207). Les résultats de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés de 2018 indiquent qu'environ 41 % des individus gais, lesbiennes et bisexuels vivant au Canada ont été victimisés pendant l'enfance, comparativement à 27 % des répondants hétérosexuels (208). La crainte de divulguer son orientation sexuelle ou son identité de genre aux membres de la famille, aux pairs, en milieu éducatif ou lors de l'accès aux soins de santé peut être particulièrement préjudiciable.

Notre examen qualitatif comprenait plusieurs études qui traitaient des effets sur la santé mentale des personnes 2ELGBTQI+ victimes de discrimination en raison de l'homophobie, de la transphobie et de l'hétéronormativité. Pour les personnes vivant dans de petites villes ou des régions rurales, ces effets peuvent être plus prononcés en raison d'un manque de services de soins de santé et de fournisseurs appropriés ou du mécanisme « d'adaptation protectrice » consistant à dissimuler l'identité sexuelle en raison de préoccupations liées à la confidentialité, ce qui accroît la probabilité de troubles dépressifs et d'idées suicidaires (209, 210).

Dans le cadre d'une étude qualitative portant sur les traumatismes et la suicidalité infantiles chez les femmes 2ELGBTQI+, Creighton et coll. ont examiné la complexité de multiples lieux sociaux et les inégalités en matière de santé mentale au Canada (211). Une participante à l'étude a décrit comment la divulgation de son orientation sexuelle et le fait de devoir faire face aux conséquences de l'homophobie manifeste de sa famille d'accueil ont exacerbé sa dépression :

Elle [la mère d'accueil] est la principale raison pour laquelle j'ai été déprimée toute ma vie, je pense, parce que je savais que j'étais abandonnée par ma famille, et je savais très jeune que ces gens n'étaient pas ma famille. Je ne sais pas si vous voulez relier ça au fait d'être gai ou quoi que ce soit, mais dans les foyers d'accueil où j'ai vécu, comme dans cette maison, ils m'ont toujours dit que c'est mal d'être gai, et j'ai vécu aussi beaucoup de violence mentale. Donc, ça m'a juste pris beaucoup de temps pour vraiment sortir du placard. (211) [traduction libre]

Les normes hétéronormatives d'apparence et de comportement étaient une autre source de difficulté pour les participants à de nombreuses études. Par exemple, un participant à une étude qualitative décrit comment il était soumis à des normes d'apparence hétéronormatives alors que les membres de sa famille rejetaient d'autres expressions d'identité de genre :

J'étouffe dans le placard, mais je ne suis pas sûr de survivre si j'en sortais. Vous savez, il ne s'agit pas seulement de commentaires comme « vos cheveux sont dégoûtants » ou « la façon dont vous vous habillez est dégoûtante ». J'avais donc vraiment intériorisé beaucoup de haine envers moi-même à ce moment-là, et c'était ma deuxième tentative de suicide – en raison de la douleur de ne pas pouvoir montrer qui je suis et d'être surveillé de près. (211) [traduction libre]

Les participants à une étude sur les personnes transgenres en milieu de traitement des dépendances ont également décrit avoir dû répondre à des attentes en matière d'identité de genre, de présentation et de comportements, ce qui a entraîné des sentiments de rejet social, de jugement, de harcèlement et de manque d'appartenance (212). Comme l'a expliqué un participant :

Ma conseillère m'a dit que je n'étais pas fidèle à moi-même parce que je n'agissais pas comme le ferait une personne bispirituelle normale, et je me suis disputé avec elle, non pas vraiment disputé, mais j'ai plutôt débattu avec elle sur la façon dont je suis censé agir. Suis-je censé rester ici et me déhancher à chaque fois? [Intervieweur : Elle disait que vous n'étiez pas assez féminin?]. Ouais, c'était bizarre. Je n'aimais pas vraiment en parler et... elle était impolie. Elle était vraiment, vraiment grossière. Alors oui, je suis parti. (212) [traduction libre]

Dans plusieurs études, de nombreux participants ont dit que la divulgation de leur orientation sexuelle leur avait causé de l'anxiété et de la peur. Le fait de sortir du placard, ses répercussions possibles et le potentiel que cela modifie les relations avec les membres de la famille et les amis ont empiré les sentiments d'anxiété et d'être ostracisé.

Je me sentais souffrant et appréhensif, et je me sentais tellement effrayé, terriblement effrayé. L'insécurité est indescriptible, cela donne une sensation de vide dans le ventre qui empire... c'est épuisant... ça nous use. Ça tue notre esprit. Ça m'a forcé à aller [voir un psychologue] [...]. Cela a été utile d'admettre que j'étais gai, et je ne l'avais jamais avoué à voix haute jusqu'à ce moment-là... il m'a fallu environ cinq sessions pour le dire. Une fois que cela a été dit, une partie de poids a été enlevée de mes épaules, et pourtant le voyage continue, mais c'était la première étape. (213) [traduction libre]

L'intersection des lieux sociaux et des identités contribue aux mauvais traitements. Une personne racialisée 2ELGBTQI+ a déclaré comment cela a aggravé ses expériences de discrimination :

Il n'y avait pas [d'autres] personnes de couleur qui s'identifiaient comme gaies. J'étais la seule personne sortie du placard sur le campus, donc j'étais très visible, donc j'étais comme le gars noir gai sur le campus... et je trouvais cela très difficile, surtout parce que mon seul accès à mon identité gaie était avec les personnes avec qui j'avais des contacts sur le campus et en ligne et dans les magazines, et toutes ces formes de liens étaient dominées par les identités blanches. Je me suis donc senti très isolé (209). [traduction libre]

L'expérience des marginalisations qui se chevauchent, que ce soit dans de petites collectivités ou en milieu urbain, est particulièrement difficile à naviguer. Comme l'a décrit un participant :

Le double problème – et bien sûr, à Halifax [Nouvelle-Écosse], je n'étais pas sorti du placard – mais le double problème qui était d'être à la fois Autochtone et Noir signifiait qu'en dépit de mon intelligence, de mon portfolio bien garni – même si je me présentais bien – la situation ne semblait pas vouloir s'améliorer. J'ai marché jusqu'au faite du pont MacDonald (ou était-ce le pont MacKay?) et je me suis tenu là – c'était l'heure de pointe – et je suis resté là jusqu'à ce qu'il fasse noir, en attendant de me jeter en bas. Et je savais que si je restais à Halifax, un jour, je le ferais. Il fallait donc que je sorte du placard, que je parte... Si j'étais sorti, j'ai l'impression que le triple problème aurait été dévastateur (214). [traduction libre]

Les sous-groupes des communautés 2ELGBTQI+ font également face à des défis uniques. Les personnes bisexuelles et transgenres font souvent face à des défis complexes et distincts, et sont confrontées à la

biphobie et à la transphobie à l'intérieur et à l'extérieur des communautés 2ELGBTQI+ (215-217). Les personnes bisexuelles peuvent faire face au scepticisme et à l'effacement, car leur orientation sexuelle est souvent mal comprise ou considérée comme étant une phase (216, 218, 219). Au sein des communautés 2ELGBTQI+, certaines personnes remettent en question l'authenticité des identités bisexuelles, qualifient les personnes bisexuelles d'indécises ou supposent qu'elles peuvent facilement accéder à un privilège hétérosexuel si elles ont un partenaire de l'autre sexe. Ce manque perçu d'acceptation peut être aggravé lorsque les personnes bisexuelles sont dans des relations hétérosexuelles et font face à une « double discrimination » – pour leur orientation sexuelle par les hétérosexuels et pour leurs choix relationnels par les homosexuels (218).

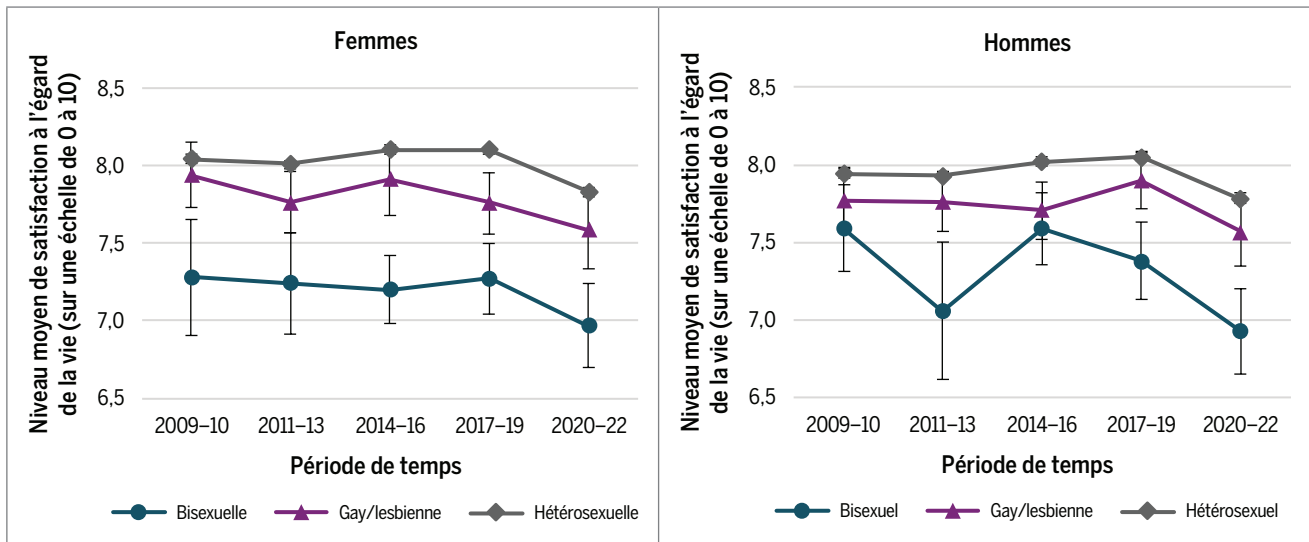
Les personnes transgenres sont aux prises avec une forme unique de discrimination, car elles font face à la résistance de la société hétéronormative et de certains membres des communautés 2ELGBTQI+ (215, 220, 221). La transphobie peut se manifester par des préjugés, des malentendus et même l'exclusion des espaces réservés aux personnes queers. Cela complique l'accès des personnes transgenres à des réseaux de soutien cruciaux et les expose également à un risque accru de violence et de crimes haineux (215, 217). De plus, de nombreuses formes de discrimination auxquelles les personnes transgenres sont confrontées sont de nature structurelle ou liées à un environnement bâti qui favorise la conformité des sexes et l'hétéronormativité (222). Cela comprend les difficultés à trouver du travail en raison de la discrimination, à naviguer dans les systèmes et les réseaux bureaucratiques qui reposent sur les marqueurs et l'identification de genre et à utiliser les toilettes publiques (222).

La variable « orientation sexuelle » de l'ESCC a évolué au fil des ans, avec une terminologie élargie et une extension de l'âge d'admissibilité à la question sur l'orientation sexuelle. Par souci de cohérence entre les différentes vagues de l'enquête, nous avons conservé la tranche d'âge (15-59 ans) et la catégorisation (« hétérosexuel », « gai ou lesbienne » et « bisexuel ») des vagues précédentes. (Pour plus de détails, voir les notes techniques à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>).

Les analyses des données de l'ESCC montrent que les personnes qui s'identifient comme bisexuelles ou gaies/lesbiennes ont déclaré des niveaux de santé mentale positive plus faibles que celles qui s'identifient comme hétérosexuelles. Les personnes qui s'identifiaient comme bisexuelles affichaient les niveaux de santé mentale positive les plus faibles de tous les groupes. Les tendances ou les variations des inégalités en santé mentale et dans la satisfaction à l'égard de la vie autoévaluées selon l'orientation sexuelle différaient chez les hommes et les femmes. L'écart, ou l'inégalité, relatif à un degré élevé de santé mentale autoévaluée des personnes bisexuelles et hétérosexuelles a augmenté entre 2007-2010 et 2020-2022 chez les hommes et les femmes (8,2 points de pourcentage et 16,6 points de pourcentage, respectivement). Par ailleurs, il n'y a pas eu d'inégalités significatives entre les personnes lesbiennes/gaies et hétérosexuelles au cours de la même période, tant chez les hommes que chez les femmes. Cela pourrait être lié à la façon dont les taux ont diminué chez les personnes hétérosexuelles (pour se rapprocher des niveaux de personnes gaies/lesbiennes). En particulier, les taux relatifs

à un degré élevé de santé mentale autoévaluée ont diminué de façon constante au fil du temps, passant de 75,8 % et 74,2 % chez les hommes et les femmes s'identifiant comme hétérosexuels, respectivement, en 2007-2010 à 62,0 % et 53,8 %, respectivement, en 2020-2022. Il s'agit d'un point important à comprendre lorsqu'on tire des conclusions des résultats. La dynamique temporelle des inégalités (c.-à-d. l'élargissement, la stabilité ou le rétrécissement du clivage pour la santé mentale positive) peut être attribuable à l'aggravation des taux dans le groupe le plus performant ou le groupe de référence. C'est ce qu'on appelle souvent le « nivellement vers le bas » (198), ce qui marque un changement indésirable des inégalités (c.-à-d. que des améliorations devraient être constatées en augmentant le niveau de santé mentale positive des personnes qui sont moins favorisées par rapport à celui du groupe le plus performant ou « nivellement vers le haut »).

Figure 8.A. Tendances relatives à la cote moyenne de satisfaction à l'égard de la vie selon le sexe/genre et l'orientation sexuelle, population âgée de 15 à 59 ans, 2009 à 2022



	Écart dans la cote moyenne de satisfaction à l'égard de la vie					Variation absolue (IC de 95 %)	Variation relative (%)
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2009-2010 vs 2020-2022	
Hommes							
Hétérosexuel (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Gai	-0,17 (-0,37, -0,02)	-0,17 (-0,36, -0,02)	-0,31 (-0,50, -0,12)	-0,15 (-0,33, 0,04)	-0,22 (-0,44, -0)	0,05 (-0,30, 0,34)	27
Bisexuel	-0,36 (-0,64, -0,08)	-0,87 (-1,31, -0,44)	-0,43 (-0,66, -0,20)	-0,67 (-0,92, -0,42)	-0,86 (-1,13, -0,58)	0,42 (0,06, 0,77)	139
Femmes							
Hétérosexuelle (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Lesbienne	-0,10 (-0,31, 0,11)	-0,18 (-0,37, 0,02)	-0,19 (-0,41, 0,03)	-0,34 (-0,54, -0,14)	-0,25 (-0,50, 0,0)	0,15 (-0,2, 0,88)	151
Bisexuelle	-0,77 (-1,14, -0,39)	-0,76 (-1,10, -0,43)	-0,90 (-1,12, -0,68)	-0,83 (-1,12, -0,60)	-0,86 (-1,13, -0,59)	0,10 (-0,4, 0,56)	1

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DC, différence de cote; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Satisfaction moyenne à l'égard de la vie : degré de satisfaction générale déclaré à l'égard de la vie sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10 signifie « très satisfait ». Les valeurs négatives concernant les différences de cotes (DC) de satisfaction à l'égard de la vie indiquent des inégalités absolues dans la satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes de minorité sexuelle par rapport aux personnes hétérosexuelles au cours de la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DC en 2009-2010)-(DC en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DC \text{ en } 2009-2010) - (DC \text{ en } 2020-2022)] / (DC \text{ en } 2009-2010)$.

Interprétation des variations absolues et en pourcentage : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités dans la satisfaction à l'égard de la vie selon l'orientation sexuelle; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Les répondants ont déclaré leur orientation sexuelle en choisissant parmi les catégories prédéterminées suivantes : « hétérosexuel », « gai ou lesbienne » et « bisexuel ».

De 2019 à 2021, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a inclus les personnes pansexuelles dans la catégorie des personnes bisexuelles, mais cette inclusion a été supprimée en 2022.

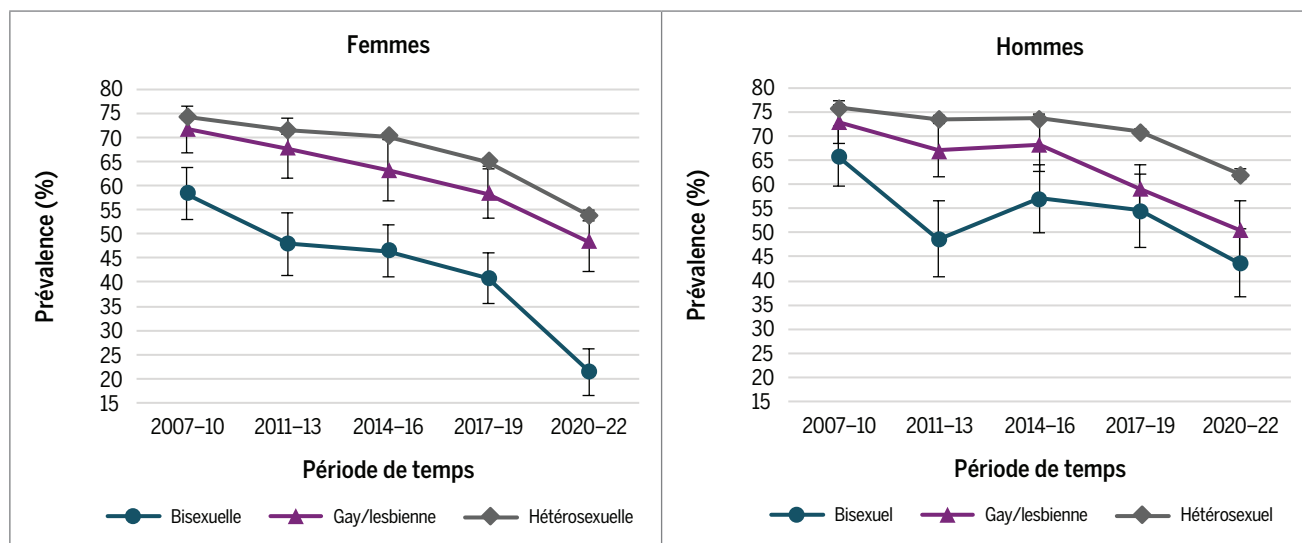
Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 8.B. Tendances en matière d'autoévaluation de la santé mentale excellente et très bonne selon le sexe/genre et l'orientation sexuelle, population âgée de 15 à 59 ans, 2007-2022



	Différence de prévalence pour une autoévaluation de la santé mentale d'excellente et très bonne					Variation absolue (IC à 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes						2007-2010 vs 2020-2022	
Hétérosexuel (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Gai	-2,9 (-7,4, 1,5)	-6,5 (-12,2, -0,9)	-5,4 (-11,0, 0,1)	-11,7 (-16,7, -6,6)	-11,4 (-17,4, -5,3)	8,4 (0,9, 15,9)	286
Bisexuel	-10,1 (-16,4, -3,9)	-24,9 (-32,9, -16,9)	-16,7 (-23,8, -9,6)	-16,3 (-24,1, -8,5)	-18,3 (-25,5, -11,1)	8,2 (-1,3, 17,7)	81
Femmes							
Hétérosexuelle (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Lesbienne	-2,5 (-7,3, 2,3)	-3,7 (-10,0, 2,5)	-7,1 (-13,5, -0,8)	-6,6 (-11,8, -1,4)	-5,6 (-11,8, 0,7)	3,1 (-4,8, 10,9)	123
Bisexuelle	-15,8 (-21,1, -10,5)	-23,5 (-30,0, -17,1)	-23,7 (-29,2, -18,3)	-24,1 (-29,4, -18,8)	-32,4 (-37,4, -27,5)	16,6 (9,3, 23,9)	105

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; AESM, autoévaluation de la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Remarque :

Excellente/très bonne santé mentale autoévaluée (AESM) : pourcentage de la population qui a déclaré que sa santé mentale était « excellente » ou « très bonne » (par rapport à « bonne », « passable » ou « mauvaise »). Les valeurs négatives des différences de prévalence (DP) indiquent une inégalité absolue concernant une AESM excellente/très bonne entre les personnes appartenant à une minorité sexuelle par rapport aux personnes hétérosexuelles pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DP en 2007-2010)–(DP en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ en } 2007-2010) - (DP \text{ en } 2020-2022)] / (DP \text{ en } 2007-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées à l'orientation sexuelle pour l'autoévaluation de la santé mentale excellente et très bonne; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Les répondants ont déclaré leur orientation sexuelle en choisissant parmi les catégories prédéterminées suivantes : « hétérosexuel », « gai ou lesbienne » et « bisexuel ». De 2019 à 2021, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a inclus les personnes pansexuelles dans la catégorie des personnes bisexuelles, mais cette inclusion a été supprimée en 2022.

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

4.1.3 LIENS SOCIAUX ET CULTURELS, RÉSEAUX DE SOUTIEN ET APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ

L'Organisation mondiale de la Santé a désigné la solitude (une insatisfaction subjective à l'égard des relations sociales [223]) et l'isolement social (l'absence objective de contacts sociaux, d'un réseau significatif et d'interactions sociales fréquentes [223]) comme étant une préoccupation mondiale en matière de santé publique, estimant que 1 personne âgée sur 4 vit de l'isolement social, tandis que 5 à 15 % des adolescents vivent de la solitude (224). La prévalence des individus vivant au Canada qui vieillissent sans soutien augmente (225), et aux États-Unis, l'isolement et la solitude sont considérés comme des préoccupations urgentes en matière de santé publique ayant des répercussions importantes sur la baisse de rendement scolaire des enfants et des jeunes, sur le piètre rendement au travail des adultes et sur l'augmentation des dépenses en soins de santé dans tous les groupes

de population (226). Ces rapports ont révélé qu'il est nécessaire d'accroître les liens sociaux entre les personnes et entre les groupes et les collectivités pour régler ce problème de santé mentale croissant (226). En tant que déterminant social important de la santé, les liens sociaux sont inégalement répartis entre les populations, principalement en raison d'iniquités structurelles et systémiques dans les écoles, les milieux de travail, les quartiers, les politiques publiques et les environnements numériques (226). Dans le présent rapport, le lien social est reconnu comme un déterminant social de la santé mentale et du bien-être et est décrit en se fondant sur notre examen des études qualitatives canadiennes, puis mesuré quantitativement au moyen de l'appartenance à la communauté.

Notre synthèse des études qualitatives a permis de déterminer que le sentiment d'appartenance à la communauté – et d'autres facteurs connexes comme le soutien social des autres, le lien avec sa culture et les concepts de communauté en général – avait une incidence importante sur la santé mentale autodéclarée, la satisfaction à l'égard de la vie et la lutte contre le sentiment de solitude. L'appartenance à la communauté désigne le sentiment d'acceptation, d'inclusion et de connexion d'une personne au sein de son environnement communautaire ou social (227). L'appartenance à la communauté agit comme un puissant prédicteur indépendant de l'autoévaluation de la santé mentale (227), car elle met l'accent sur l'idée que les personnes s'épanouissent lorsqu'elles ressentent un sentiment d'attachement et de soutien et qu'elles s'identifient aux personnes et aux lieux qui les entourent. À l'inverse, l'appartenance à la communauté peut être considérée comme le résultat d'une santé mentale positive. Comme l'indiquent les études examinées, l'appartenance à la communauté est conceptualisée comme un déterminant de la santé mentale. Les personnes qui déclarent ressentir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté sont habituellement plus susceptibles de déclarer une excellente ou une très bonne santé mentale (227). De plus, notre examen a révélé que le sentiment d'appartenance à la communauté est inégalement réparti entre certaines populations, comme les personnes racialisées, les immigrants récents et les personnes 2ELGBTQI+. Par exemple, une augmentation de l'appartenance à la communauté contribue directement à réduire le sentiment de solitude et à améliorer la santé mentale :

• *« La salle communautaire est ouverte tous les jours, toute la journée, c'est tellement novateur et utile... Il y avait des jours où j'étais vraiment déprimé et vraiment seul et que je ne voulais rien faire. Je restais au lit toute la journée. Lorsque je sortais, je venais ici. » (228) [traduction libre]*

Nos constatations portent sur une vaste compréhension de l'appartenance à la communauté et traitent principalement des facteurs de protection et de renforcement, comme le soutien social, le sentiment d'appartenance et la façon dont ils peuvent avoir une incidence sur la santé mentale.

Le concept d'appartenance à la communauté reconnaît l'incidence importante des liens et des interactions sociales sur le bien-être mental (229). En effet, la qualité des relations sociales que nous entretenons peut avoir une incidence considérable sur les résultats en matière de santé mentale. L'environnement et la position d'une personne au sein de la société influent sur sa capacité à former un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Il est essentiel de reconnaître que les inégalités sociales et la dynamique du pouvoir peuvent avoir une incidence considérable sur le sentiment d'appartenance d'une personne. Les disparités sociales et économiques, la discrimination raciale, la discrimination fondée sur le genre et l'exclusion sociale peuvent créer des obstacles à l'appartenance à la communauté pour certaines personnes ou certains groupes (229, 230). Les chercheurs en sociologie et en santé publique soulignent l'importance de s'attaquer aux facteurs structurels, comme l'accès à des espaces communautaires et leur disponibilité, notamment les centres communautaires, les parcs et les centres récréatifs, afin de promouvoir l'appartenance à la communauté et le bien-être mental (231).

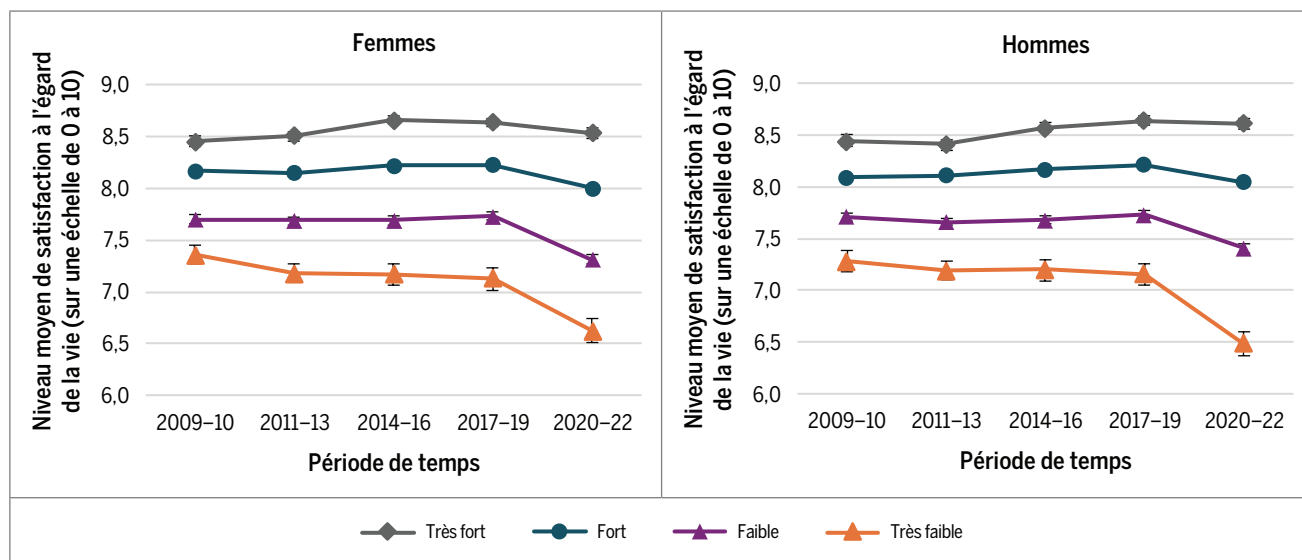
En 2021 et 2022, près de la moitié (47 %) des répondants à l'Enquête sociale canadienne ont déclaré un fort sentiment d'appartenance à la communauté, qui variait considérablement aux différentes étapes de la vie et chez différentes sous-populations (232). Chez les plus jeunes âgés de 15 à 34 ans, seulement 37 % à 44 % des répondants ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté, tandis qu'une proportion encore plus faible de personnes 2ELGBTQI+ (36 %) ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté (232). En comparaison, d'autres groupes, comme les nouveaux arrivants, ont déclaré des taux plus élevés d'une forte appartenance à la communauté (232). Il est important de noter que les défis associés à l'isolement et au faible sentiment d'appartenance à la communauté varient considérablement tout au long de la vie. Dans le contexte de la santé publique au Canada, la promotion de l'appartenance à la communauté est une stratégie importante pour promouvoir la santé mentale et prévenir les maladies mentales, peu importe l'âge et la population.

Les analyses des données de l'ESCC montrent une association cohérente entre la déclaration d'un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté et de meilleurs résultats positifs en matière de santé mentale (voir les figures 9. A et 9.B). Des gradients clairs de satisfaction à l'égard de la vie et de niveau élevé de santé mentale autodéclarée selon le niveau d'appartenance à la communauté étaient évidents au fil du temps, tant chez les hommes que chez les femmes. Au fil des ans, l'écart entre la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et un niveau élevé de santé mentale autoévaluée s'est creusé entre les personnes dont le sentiment d'appartenance à

la communauté était quelque peu fort, quelque peu faible et très faible comparativement à celles ayant un très fort sentiment d'appartenance à la communauté. Les inégalités croissantes témoignent principalement d'une détérioration plus importante de la santé mentale positive au fil du temps chez les personnes qui déclarent un très faible sentiment d'appartenance à la communauté. Toutefois, il est important de réitérer la relation bidirectionnelle bien établie entre le sentiment d'appartenance à la communauté et la santé mentale, chacun de ces éléments exerçant une influence claire sur l'autre.

Les répondants peuvent interpréter différemment la question de l'ESCC utilisée pour mesurer le sentiment d'appartenance à la communauté, car le terme « communauté locale » n'est pas explicitement défini (222). L'impact de ces différences d'interprétation sur les associations entre le sentiment d'appartenance à la communauté et les résultats positifs en matière de santé mentale n'est pas clair (222).

Figure 9.A. Tendances de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon le sexe/genre et le sentiment d'appartenance à la communauté, population de 12 ans et plus, 2009-2022



	Différence dans la cote moyenne de satisfaction à l'égard de la vie					Variation absolue (IC de 95 %)	Variation relative (%)
	2009-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes							
Très forte appartenance (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Forte appartenance	-0,36 (-0,42, -0,30)	-0,30 (-0,36, -0,24)	-0,40 (-0,45, -0,35)	-0,43 (-0,48, -0,38)	-0,56 (-0,61, -0,5)	0,20 (0,12, 0,28)	56
Faible appartenance	-0,73 (-0,80, -0,67)	-0,75 (-0,81, -0,68)	-0,89 (-0,96, -0,83)	-0,91 (-0,97, -0,85)	-1,18 (-1,25, -1,11)	0,44 (0,35, 0,54)	60
Très faible appartenance	-1,16 (-1,28, -1,05)	-1,22 (-1,32, -1,11)	-1,37 (-1,49, -1,26)	-1,48 (-1,6, -1,37)	-2,09 (-2,22, -1,96)	0,93 (0,75, 1,11)	80
Femmes							
Très forte appartenance (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Forte appartenance	-0,28 (-0,34, -0,22)	-0,36 (-0,41, -0,31)	-0,44 (-0,49, -0,39)	-0,41 (-0,45, -0,36)	-0,52 (-0,58, -0,46)	0,24 (0,15, 0,33)	85
Faible appartenance	-0,75 (-0,82, -0,68)	-0,82 (-0,88, -0,76)	-0,96 (-1,02, -0,91)	-0,91 (-0,97, -0,86)	-1,21 (-1,28, -1,14)	0,46 (0,36, 0,56)	61
Très faible appartenance	-1,10 (-1,20, -0,99)	-1,33 (-1,42, -1,23)	-1,49 (-1,60, -1,38)	-1,52 (-1,63, -1,40)	-1,89 (-2,02, -1,76)	0,79 (0,62, 0,97)	72

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DC, différence de cote; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Satisfaction moyenne à l'égard de la vie : degré de satisfaction générale déclaré à l'égard de la vie sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10 signifie « très satisfait ». Les valeurs négatives pour les différences de cotes (DC) de satisfaction à l'égard de la vie indiquent des inégalités dans la satisfaction à l'égard de la vie selon le sentiment d'appartenance au cours de la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (différence de cote [DC] en 2009-2010)-(DC en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DC \text{ en } 2009-2010) - (DC \text{ en } 2020-2022)] / (DC \text{ en } 2009-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives (%) : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités dans la satisfaction à l'égard de la vie selon l'appartenance à la communauté; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités dans la satisfaction à l'égard de la vie selon l'appartenance à la communauté.

Les répondants ont déclaré que leur sentiment d'appartenance à leur communauté locale était « très fort », « assez fort », « assez faible » ou « très faible ».

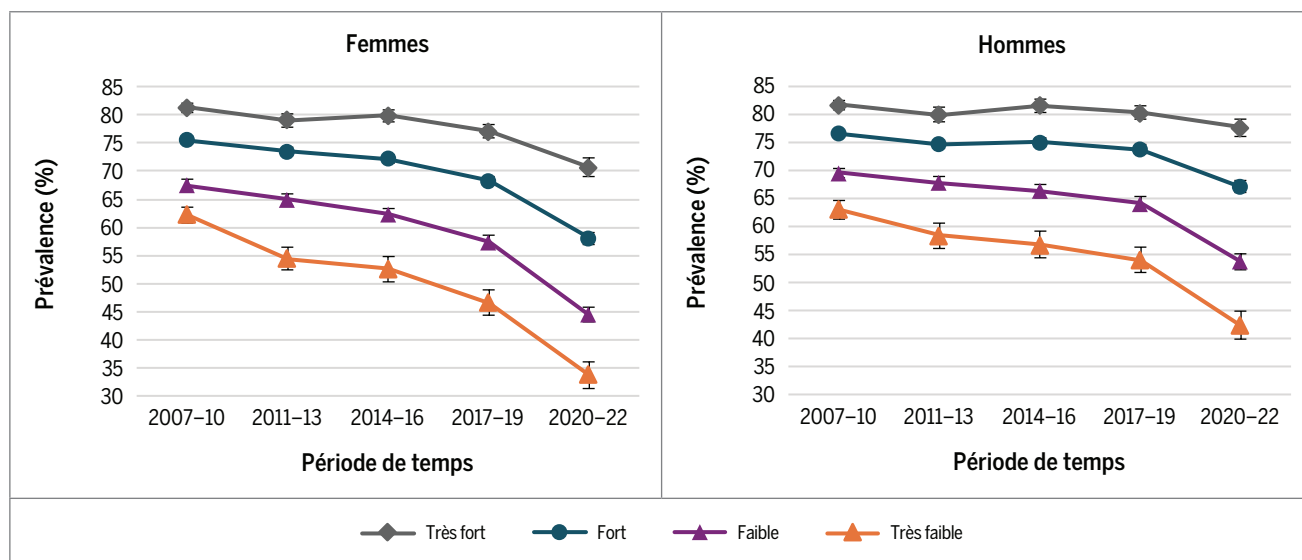
Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Figure 9.B. Tendances relatives à une autoévaluation de santé mentale excellente et très bonne selon le sexe/genre et le sentiment d'appartenance à la communauté, population âgée de 12 ans et plus, 2007-2022



	Différence de prévalence pour une autoévaluation de la santé mentale excellente et très bonne					Variation absolue (IC de 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes							
Très forte appartenance (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Forte appartenance	-5,2 (-6,2, -4,1)	-5,3 (-6,8, -3,8)	-6,5 (-7,9, -5,0)	-6,6 (-8,0, -5,1)	-10,4 (-12,3, -8,6)	5,3 (3,1, 7,4)	101
Faible appartenance	-12,2 (-13,4, -10,9)	-12,1 (-13,8, -10,4)	-15,2 (-17,0, -13,5)	-16,2 (-18,0, -14,5)	-23,5 (-25,6, -21,3)	11,3 (8,9, 13,7)	93
Très faible appartenance	-18,7 (-20,6, -16,8)	-21,6 (-24,1, -19)	-24,8 (-27,4, -22,2)	-26,4 (-28,9, -23,8)	-34,5 (-37,7, -31,4)	15,8 (12,2, 19,5)	85
Femmes							
Très forte appartenance (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Forte appartenance	-5,7 (-6,8, -4,7)	-5,5 (-6,8, -4,1)	-7,7 (-9,0, -6,3)	-8,8 (-10,3, -7,4)	-12,2 (-14,2, -10,3)	6,5 (4,3, 8,7)	113
Faible appartenance	-13,8 (-15,0, -12,5)	-14,1 (-15,7, -12,4)	-17,6 (-19,2, -16,0)	-19,7 (-21,5, -18,0)	-26,0 (-28,1, -23,8)	12,2 (9,7, 14,7)	89
Très faible appartenance	-19,0 (-20,8, -17,3)	-24,5 (-26,8, -22,3)	-27,3 (-29,8, -24,8)	-30,5 (-33,1, -27,9)	-37,0 (-39,9, -34,2)	18,0 (14,8, 21,2)	94

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; AESM, autoévaluation de la santé mentale; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Remarque :

Excellente/très bonne santé mentale autoévaluée (AESM) : pourcentage de la population qui a déclaré que sa santé mentale était « excellente » ou « très bonne » (par rapport à « bonne », « passable » ou « mauvaise »). Les valeurs négatives des différences de prévalence (DP) indiquent une inégalité absolue concernant une AESM excellente/très bonne selon le sentiment d'appartenance à la communauté pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DP en 2007-2010)-(DP en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ en } 2007-2010) - (DP \text{ en } 2020-2022)] / (DP \text{ en } 2007-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives (%) : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités en matière de santé mentale autoévaluée excellente et très bonne selon le sentiment d'appartenance à la communauté; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Les répondants ont déclaré que leur sentiment d'appartenance à leur communauté locale était « très fort », « assez fort », « assez faible » ou « très faible ».

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Liens culturels et soutiens sociaux pour les immigrants

Les immigrants peuvent faire face à de nombreux défis liés à l'établissement de liens solides avec la communauté à leur arrivée dans leur pays d'accueil. Ces défis ont trait à leur identité sociale (y compris les liens déjà établis, la communauté d'accueil et la capacité de s'adapter aux institutions canadiennes), à leur histoire personnelle (comme leur langue et leur culture) et au contexte socioéconomique, entre autres (233, 234). Le processus d'intégration et de sentiment d'appartenance à la communauté locale est crucial pour leur bien-être général et la réussite de leur adaptation dans un nouveau pays. Notre examen qualitatif a mis en lumière les obstacles qui peuvent nuire à l'appartenance à la communauté, le rôle des réseaux de soutien social et l'importance des organismes de soutien pour favoriser l'inclusivité et remettre en question les pratiques discriminatoires.

Les obstacles à l'emploi attribuables à la discrimination systémique, y compris la reconnaissance des titres de compétences et les attentes en matière d'expérience de travail au Canada, représentent d'importants défis à l'obtention d'un emploi stable et valorisant pour de nombreux nouveaux arrivants au Canada (234-236). Les barrières linguistiques qui rendent difficiles la communication efficace, l'accès aux services essentiels et l'établissement de liens à l'extérieur des communautés ethnoculturelles peuvent aggraver le problème (233, 234). De plus, les expériences de discrimination, particulièrement chez les immigrants racialisés, nuisent

à la participation sociale et peut exacerber le sentiment d'aliénation (233). De plus, les changements économiques au cours de la dernière décennie ont entraîné une diminution des protections des travailleurs, y compris une diminution de la syndicalisation, l'absence d'avantages sociaux et une augmentation des emplois contractuels à court terme par rapport aux emplois à temps plein. Cette situation a amplifié les répercussions sur les immigrants récents et sur l'isolement des personnes vivant au Canada (voir aussi la section 3.3.1).

Les immigrants récents trouvent habituellement un sentiment d'appartenance au sein de leurs communautés ethnoculturelles au Canada avant d'établir des liens dans la communauté géographique élargie ou la société dominante (233). Les communautés ethnoculturelles ou linguistiques peuvent offrir un soutien initial et une impression de familiarité et aider les nouveaux arrivants à s'y retrouver dans les complexités de leur nouvel environnement (236); cela signifie que le fait de résider dans des régions ayant une faible densité de membres de la communauté ethnoculturelle en mesure de fournir le soutien initial peut rendre plus difficile l'intégration dans la communauté élargie (233, 236). Néanmoins, le développement d'un sentiment d'appartenance à la communauté, au-delà de la communauté ethnoculturelle d'une personne, présente son lot de défis : les barrières linguistiques, les difficultés d'emploi et les expériences de discrimination font en sorte qu'il est difficile pour les immigrants d'établir de nouvelles relations avec des personnes qui ne possèdent pas de racines culturelles et linguistiques similaires (233).

Pour surmonter ces défis, il faut adopter une approche globale qui tient compte de multiples aspects de la vie des immigrants. Comme l'a exprimé un fournisseur de services aux immigrants :

*Je pense que pour développer une appartenance à la communauté géographique, les nouveaux arrivants ou les nouveaux immigrants ont besoin de temps. La première étape, c'est la communauté ethnique, et ensuite la communauté géographique et enfin, la troisième étape, l'appartenance à la société canadienne. (233)
[traduction libre]*

Le rôle des réseaux de soutien social et de l'inclusion sociale est ressorti comme étant un facteur de protection du bien-être mental des nouveaux arrivants. Toutefois, les services aux immigrants qui favorisent ces liens sont souvent sous-financés, manquent de personnel et ont des mandats limités, ce qui entraîne des lacunes dans leurs services (236, 237).

Une multitude de défis ont un impact sur l'appartenance à la communauté des immigrants (223,227). Les barrières linguistiques peuvent empêcher la communication et l'intégration dans une communauté. L'incapacité à trouver un emploi ou un travail approprié exerce une pression financière sur les familles et empêche l'intégration. La dépendance excessive à l'égard des petites communautés ethnoculturelles peut nuire à l'intégration si ces groupes manquent de capital social et économique.

Les résultats d'études qualitatives insistent sur le fait que les personnes ayant un fort sentiment d'appartenance à la communauté sont plus susceptibles de percevoir positivement leur santé mentale. Néanmoins, il est important de comprendre qu'une myriade de facteurs croisés peuvent avoir un effet significatif, qui peut être principalement observé dans certaines populations en particulier (238). Les liens significatifs et les systèmes de soutien peuvent servir de tampon contre le stress et les défis d'un ajustement, favorisant un sentiment d'appartenance et d'acceptation, mais ces facteurs ne doivent pas être considérés comme déterminants compte tenu des autres déterminants structurels de l'intégration (237).

L'amélioration de l'appartenance à la communauté est l'un des facteurs clés du bien-être général parmi d'autres. En comprenant et en éliminant les obstacles comme l'emploi, la langue et la discrimination, tout en favorisant les réseaux de soutien social et l'inclusivité, les organismes communautaires locaux et les institutions traditionnelles contribuent à améliorer les environnements des immigrants. Les organismes de services aux immigrants jouent un rôle crucial en tant que premier point d'accès permettant aux nouveaux arrivants d'explorer les voies d'appartenance à leurs groupes ethnoculturels (233). Les programmes où les nouveaux arrivants sont jumelés à des résidents de la communauté établis offrent des possibilités de pratique linguistique, de socialisation et d'entraide (233). En entretenant des réseaux de soutien social et en facilitant les liens entre les membres récents et à long terme de la communauté, ces initiatives créent un environnement où les nouveaux arrivants se sentent accueillis et valorisés, renforçant ainsi le processus d'intégration :

Nous avons des programmes axés sur le bénévolat qui sont communautaires. Par exemple, l'un de nos programmes est notre programme de liens culturels. Il s'agit d'un programme de jumelage qui permet de jumeler les nouveaux arrivants avec des Canadiens établis qui agissent en tant que personne-ressource dans la communauté [...] nous ne disons pas « ami », mais vous savez c'est un ami de la communauté avec qui ils peuvent pratiquer leur anglais, parler de leurs enfants et dont les enfants peuvent jouer ensemble [...] Nous avons donc organisé différentes séances de formation avec nos bénévoles, dont une sur la façon de reconnaître les signes et les symptômes de la santé mentale [sic]. (233) [traduction libre]

Les organismes de soutien jouent souvent un rôle proactif dans le renforcement des liens communautaires pour les immigrants et la contestation des pratiques discriminatoires, et tentent de combler les lacunes du système d'immigration canadien (233). Les organismes communautaires locaux jouent un rôle crucial dans l'intégration des nouveaux arrivants et le renforcement de leur sentiment d'appartenance à la communauté :

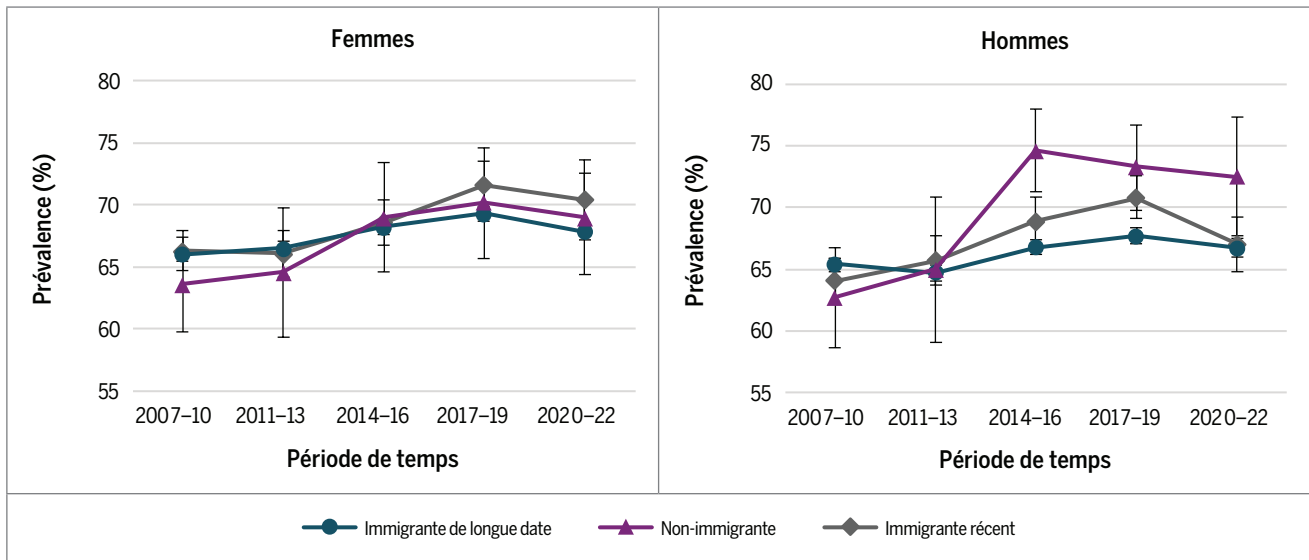
Je pense que [l'appartenance à la communauté] vient naturellement lorsque tous les autres soutiens sont en place. [...] Je ne pense pas qu'elle s'établisse à moins que tous les autres systèmes ne soient en place. (233) [traduction libre]

Quatre-vingt-dix pour cent de cela est [attribuable à] la langue. Sans la langue, ils ne peuvent pas faire partie de la communauté, ils restent au sein de leur petite communauté ethnique, et ils n'en sortent pas. Ils ont donc peur de sortir, et la communauté en général déplore souvent leur manque d'intégration. (233) [traduction libre]

La figure 10 montre les tendances relatives au fort sentiment d'appartenance à la communauté chez les immigrants récents et à long terme, entre 2007 et 2022. Chez les femmes, une proportion semblable d'immigrantes de longue date et récentes ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté, comparativement aux non-immigrantes. La proportion d'hommes ayant un fort sentiment d'appartenance à la communauté était semblable chez les immigrants et les non-immigrants avant 2014; de 2014 à 2016, une plus grande proportion d'immigrants récents que de non-immigrants ont déclaré un fort sentiment d'appartenance à la communauté.

Il y a peu de preuves d'inégalités liées à l'immigration en présence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Cela correspond aux conclusions d'autres études et peut être influencé par des facteurs comme les politiques multiculturelles du Canada et les perceptions divergentes de l'appartenance à la communauté (239). De plus, les immigrants façonnent leur sentiment d'appartenance au Canada grâce à leurs expériences après leur arrivée et sont particulièrement influencés par la façon dont ils perçoivent l'acceptation et les possibilités de réussite dans le pays d'accueil (239). Le sentiment d'appartenance des immigrants peut également varier en fonction de facteurs sociodémographiques comme les années écoulées depuis l'immigration, l'âge à l'immigration, la catégorie d'admission et le groupe de population (239).

Figure 10. Tendances relatives au fort sentiment d'appartenance à la communauté selon le sexe/genre et le statut d'immigrant, population âgée de 12 ans et plus, 2007-2022



	Différence de prévalence pour un fort sentiment d'appartenance à la communauté					Variation absolue (IC de 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes							
Non-immigrant (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Immigrant récent	-2,7 (-6,8, 1,4)	0,3 (-5,7, 6,2)	7,8 (4,5, 11,2)	5,5 (2,0, 9,1)	5,7 (0,8, 10,7)	-8,4 (-14,9, -2,0)	-313
Immigrant de longue date	-1,3 (-3,2, 0,6)	1,0 (-1,1, 3,1)	2,1 (0,0, 4,2)	3,1 (1,2, 5,0)	0,2 (-2,3, 2,6)	-1,5 (-4,6, 1,7)	-114
Femmes							
Non-immigrante (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Immigrante récente	-2,4 (-6,2, 1,5)	-1,9 (-7,1, 3,4)	0,8 (-3,7, 5,2)	0,9 (-3,6, 5,4)	0,9 (-3,8, 5,6)	-3,3 (-9,3, 2,8)	-139
Immigrante de longue date	0,3 (-1,3, 2,0)	-0,4 (-2,4, 1,6)	0,4 (-1,5, 2,3)	2,3 (0,4, 4,3)	2,07 (0,5, 5,0)	-2,4 (-5,2, 0,4)	-742

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Notes :

Fort sentiment d'appartenance à la communauté : pourcentage de la population qui a déclaré son sentiment d'appartenance à sa communauté comme étant « très fort » ou « fort » (par rapport à « faible » ou « très faible »). Les valeurs négatives des différences de prévalence (DP) indiquent une inégalité absolue concernant un fort sentiment d'appartenance pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DP en 2007-2010)–(DP en 2020-2022).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ en } 2007-2010) - (DP \text{ en } 2020-2022)] / (DP \text{ en } 2007-2010)$.

Interprétation des variations absolues et en pourcentage : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées à l'immigration concernant le fort sentiment d'appartenance à la communauté; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Le statut d'immigrant est fondé sur les répondants ayant déclaré être des immigrants reçus, des résidents non permanents ou des non-immigrants (nés au Canada).

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Soutiens sociaux chez les communautés 2ELGBTQI+

Les réseaux de soutien sont essentiels à la santé mentale des personnes ayant des identités sociales croisées qui pourraient autrement vivre un isolement social en raison d'obstacles systémiques et structurels (par exemple, discrimination fondée sur l'identité 2ELGBTQI+, l'identité ethnoraciale et une immigration récente). Les réseaux de soutien social offrent un environnement stimulant où les personnes peuvent trouver un sentiment d'appartenance et d'acceptation comme l'une des sources de soutien les plus importantes pour les nouveaux arrivants et les réfugiés 2ELGBTQI+ (228). Une des études de notre analyse documentaire portait sur les expériences des nouveaux arrivants 2ELGBTQI+ qui décrivaient comment les salles communautaires (où les nouveaux arrivants peuvent aller pour socialiser et demander de l'aide pour s'intégrer à la culture canadienne ou recevoir un soutien à l'emploi) leur avaient servi de ressources novatrices et cruciales pour contrer la solitude et la dépression (228). Ces espaces sécuritaires ont permis aux personnes d'établir des liens avec d'autres personnes, de partager leurs expériences et de trouver du réconfort en sachant qu'elles n'étaient pas seules (228).

La participation communautaire émerge comme une composante essentielle du bien-être global, particulièrement pour les personnes 2ELGBTQI+ ayant un diagnostic de santé mentale (240). Les groupes de soutien encouragent l'autonomisation et aident à renforcer la résilience, ce qui est essentiel compte tenu des taux plus élevés de discrimination et de violence vécues par les personnes 2ELGBTQI+. Les participants de l'étude composés de personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans et queers ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et de trouble bipolaire ont décrit comment les groupes de soutien social leur avaient fourni les outils pour se réapproprier des parties d'elles-mêmes touchées par la discrimination, leur permettant ainsi de rebâtir leur estime de soi et de retrouver un sentiment d'identité et un but (240).

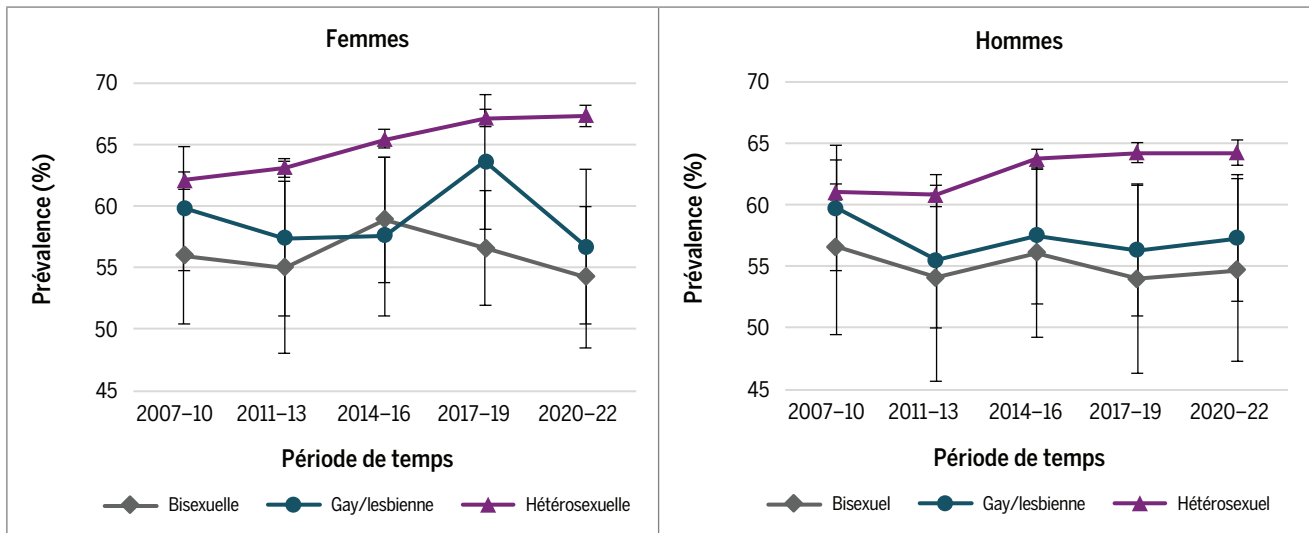
La valeur des groupes de soutien réside non seulement dans l'éducation et les ressources qu'ils offrent, mais aussi dans le pouvoir de partager des expériences et de s'appuyer sur les histoires de chacun, ce qui favorise un sentiment collectif de force et de résilience (240). À mesure que les participants contribuent au récit, ils trouvent un lien plus profond avec leur communauté et un sentiment d'appartenance dans leur histoire commune :

Cela leur permet de retrouver certains aspects d'eux-mêmes qui ont été effacés par leur parcours de discrimination. Parfois, il s'agit de l'estime de soi et d'autres fois, c'est l'éducation que les intervenants [du groupe de soutien] apportent. Et cela passe vraiment par la discussion entre les participants, des histoires qui s'appuient sur des histoires pour que les gens se sentent plus forts dans leurs propres récits. Cela leur permet de développer un esprit des lieux, un sentiment d'appartenance à une communauté et à une histoire. (240) [traduction libre]

La reconnaissance et la promotion des groupes de soutien social peuvent contribuer à réduire considérablement les disparités en matière de santé mentale et à améliorer la qualité de vie globale des personnes 2ELGBTQI+. Ces environnements habilite les personnes en leur fournissant le soutien, la validation et les ressources nécessaires pour surmonter les défis liés à l'isolement social, à la discrimination et aux problèmes de santé mentale.

Les analyses des données de l'ESCC ont révélé une tendance générale à la hausse dans le pourcentage de la population ayant déclaré un fort sentiment d'appartenance à la communauté entre 2007 et 2022. Au cours de cette période, les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles ont constamment déclaré un sentiment d'appartenance à la communauté inférieur à celui des personnes s'identifiant comme hétérosexuelles (figure 9.A). Chez les femmes, l'écart était le plus prononcé entre les personnes bisexuelles et hétérosexuelles. Au fil du temps, les inégalités liées à l'orientation sexuelle dans le fort sentiment d'appartenance à la communauté chez les femmes se sont accrues de 8,4 et de 6,9 points de pourcentage chez les femmes lesbiennes et bisexuelles par rapport aux femmes hétérosexuelles, respectivement. Chez les hommes, l'écart s'est creusé de 5,6 et de 5,0 points de pourcentage pour les hommes gais et bisexuels par rapport aux hommes hétérosexuels, respectivement. Aucun des changements d'inégalité liés à l'orientation sexuelle n'était statistiquement significatif. Toutefois, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité des données.

Figure 11. Tendances relatives au fort sentiment d'appartenance à la communauté selon le sexe/genre et l'orientation sexuelle, population âgée de 18 ans à 59 ans, 2007-2022



	Différence de prévalence pour un fort sentiment d'appartenance à la communauté					Variation absolue (IC de 95 %)	Variation relative (%)
	2007-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022		
Hommes							
Hétérosexuel (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Gai/lesbienne	-1,3 (-6,4, 3,8)	-5,3 (-11,0, -0,2)	-6,2 (-12,0, -0,5)	-7,8 (-13,0, -2,5)	-6,9 (-12,0, -1,7)	5,6 (-1,7, 12,9)	422
Bisexuel	-4,5 (-12,0, 2,6)	-6,7 (-15,0, 1,7)	-7,6 (-15,0, -0,6)	-10,0 (-18,0, -2,5)	-9,5 (-17,0, 2,0)	5,0 (-5,3, 15,4)	112
Femmes							
Hétérosexuel (référence)	0	0	0	0	0	-	-
Gai/lesbienne	-2,3 (-7,4, 2,8)	-5,7 (-12,0, 0,6)	-7,9 (-14,0, 1,4)	-3,6 (-9,1, 2,0)	-11,0 (-17,0, -4,3)	8,4 (0,2, 16,5)	366
Bisexuel	-6,1 (-12,0, -0,5)	-8,1 (-15,0, -1,1)	-6,6 (-12,0, -1,4)	-11,0 (-15,0, -5,8)	-13,0 (-19,0, -7,2)	6,9 (-1,2, 15,1)	114

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence.

Notes :

Fort sentiment d'appartenance à la communauté : pourcentage de la population qui a déclaré son sentiment d'appartenance à sa communauté comme étant « très fort » ou « fort » (par rapport à « faible » ou « très faible »). Les valeurs négatives de DP indiquent une inégalité absolue pour les personnes de minorité sexuelle par rapport aux personnes hétérosexuelles concernant le fort sentiment d'appartenance pour la série chronologique complète. Une valeur de 0 indique qu'il n'existe aucune différence entre les groupes sur ce résultat en matière de santé mentale pour la période indiquée. Les variations des inégalités sont exprimées en échelles absolue et relative entre la première et la dernière période seulement.

Calcul de la variation absolue : (DP en 2007-2010)-(DP en 2020-2021).

Calcul de la variation relative (%) : $100 \times [(DP \text{ en } 2007-2010) - (DP \text{ en } 2020-2022)] / (DP \text{ en } 2007-2010)$.

Interprétation des variations absolues et relatives (%) : les valeurs positives indiquent une tendance à la hausse des inégalités liées l'orientation sexuelle concernant le fort sentiment d'appartenance à la communauté; les valeurs négatives indiquent une tendance à la baisse des inégalités.

Les répondants ont déclaré leur orientation sexuelle en choisissant parmi les catégories prédéterminées suivantes : « hétérosexuel », « gai ou lesbienne » et « bisexuel ». De 2019 à 2021, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a inclus les personnes pansexuelles dans la catégorie des personnes bisexuelles, mais cette inclusion a été supprimée en 2022.

Les données proviennent des vagues annuelles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'échantillon de population est âgé de 12 ans et plus.

Les estimations sont ajustées selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, en fonction de la population du recensement de 2016. La comparaison des résultats des données publiées avant 2015 et en 2022 présentés doit être interprétée avec prudence. Nous n'excluons pas la possibilité que les tendances observées aient été influencées par les différentes méthodologies utilisées dans l'ESCC, y compris un nouveau plan d'échantillonnage en 2015.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

Répercussions des changements climatiques sur le sentiment d'appartenance à la communauté des peuples autochtones

Bien que les effets de la variabilité climatique et des changements environnementaux sur la santé aient été bien documentés, notamment en ce qui concerne la qualité des aliments et de l'eau, les maladies d'origine hydrique et vectorielle ainsi que l'augmentation des blessures et des décès en raison d'événements météorologiques extrêmes, y compris les vagues de chaleur, les tempêtes, les inondations, la sécheresse et les feux de forêt (241-243), il y a peu de temps que la relation entre le changement climatique et la santé émotionnelle, mentale et le bien-être a été constatée (244).

Bien que les effets des changements climatiques exacerbent les inégalités socioéconomiques et sanitaires partout au Canada, les personnes qui dépendent des écosystèmes locaux et des ressources naturelles, y compris les peuples autochtones vivant dans des collectivités rurales, sont particulièrement vulnérables à leurs répercussions directes et indirectes (238, 245). Les mécanismes par lesquels les changements climatiques menacent la santé mentale et le bien-être comprennent les thèmes transversaux suivants : l'attachement à la terre et les modes de vie, la perte et la continuité culturelles et l'insécurité alimentaire.

Les changements climatiques exercent un effet profond sur la santé mentale, donnant lieu à des niveaux accrus d'anxiété, souvent appelés éco-anxiété ou anxiété climatique, une forme de détresse découlant des crises environnementales (328). Les individus peuvent être confrontés à la peur d'un avenir incertain, à la perte de biodiversité et à des menaces imminentes (328). La dévastation causée par les catastrophes liées au climat peut entraîner un éco-deuil (ou deuil climatique), un profond sentiment de tristesse, d'impuissance et de deuil face aux pertes environnementales (328). Ces facteurs interconnectés font qu'il est de plus en plus crucial d'aborder les changements climatiques en tant que déterminant de la santé mentale.

Nous avons effectué une revue rapide de la littérature qui nous a permis de recenser sept études axées sur les changements climatiques, la santé mentale et le bien-être à Rigolet, une collectivité inuite de la région du Nunatsiavut à Terre-Neuve-et-Labrador (244, 246-249), et cinq études menées dans des collectivités inuites du Nunavut (250-254).

Pour les Inuits, la terre est profondément liée à l'identité individuelle et communautaire grâce à un sentiment de dépendance à la terre à des fins de subsistance et de culture :

[La terre] est notre identité et est ce que nous sommes, être connecté à la terre, à l'environnement, à la mer, à la nature, à tout ce qui nous entoure... ça fait partie de notre culture. C'est ce qui nous réveille le matin pour nous faire avancer, être sur la terre, pouvoir participer, partager, aimer, protéger, surveiller toutes ces choses-là. (247) [traduction libre]

La participation à des activités terrestres renforce non seulement ce lien, mais elle est essentielle au bien-être mental et émotionnel des Inuits :

Pour certaines personnes, aller faire un tour sur la terre est aussi bon que de s'asseoir dans une séance de counseling – pas besoin de mots, l'air et la terre apaisent nos émotions et remplacent l'énergie négative par l'énergie positive de la nature. (244) [traduction libre]

La culture inuite comprend des traditions, des pratiques et des connaissances importantes qui relient les personnes à leurs ancêtres, à leur communauté et à leur identité et qui favorisent un fort sentiment d'appartenance :

[Être sur la terre] est important pour moi parce que... j'ai toujours été sur la terre avec ma famille. C'est important pour une raison, parce que c'est presque comme la tradition de faire des activités en famille à l'extérieur. C'est aussi important pour moi parce que ça fait partie de ma culture, et particulièrement en raison du sentiment que l'on ressent quand on est sur la terre. Ça fait du bien. (255) [traduction libre]

Les changements apportés à la terre peuvent susciter de la détresse liée au lieu si le lien avec la terre et les ancêtres et la continuité des traditions sont menacés, ce qui met à rude épreuve la capacité des Inuits de maintenir des liens avec leurs communautés et la capacité de favoriser un fort sentiment d'appartenance (244, 249, 253, 255).

Les changements climatiques ont une incidence sur la santé mentale en limitant l'accès à la terre et en modifiant les ressources de la terre, privant ainsi les communautés d'un mode de vie culturellement significatif et de leur capacité à favoriser le bien-être individuel et communautaire (244, 250-253, 256-258). Les habitats des animaux, les zones de pêche et les infrastructures communautaires sont dégradés ou détruits, ce qui crée des obstacles supplémentaires à la chasse et à la récolte d'aliments locaux et traditionnels, a une incidence sur le transfert des connaissances traditionnelles et exacerbe l'insécurité alimentaire existante (252, 254, 258).

La chasse et la récolte d'aliments traditionnels font partie du savoir traditionnel inuit :

[Enseigner à mon fils de 5 ans à récolter de la nourriture locale est important parce qu'il] pourrait aussi transmettre ce savoir à ses enfants lorsqu'il aura des enfants (252). [traduction libre]

La chasse est aussi un élément de la pratique du partage et de l'établissement de liens communautaires :

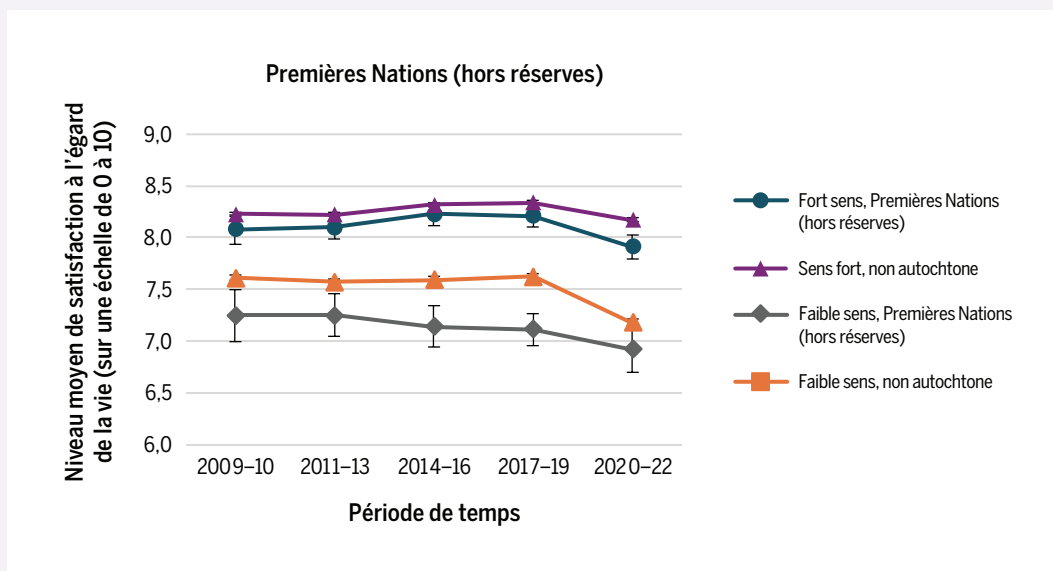
Pour cette communauté – [et pour] beaucoup de chasseurs – une bonne chasse réussie signifie la distribution à la communauté et le partage d'information à ce sujet par radio locale, ou [aux] membres de la famille au sein de la communauté (251). [traduction libre]

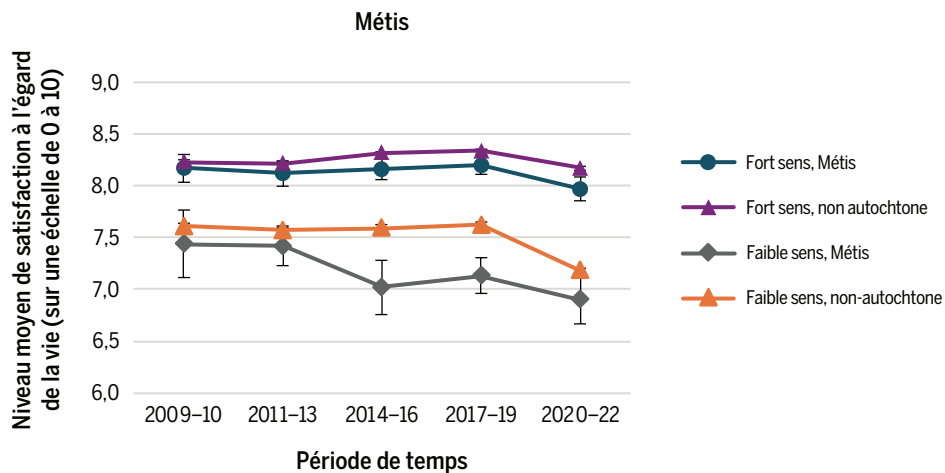
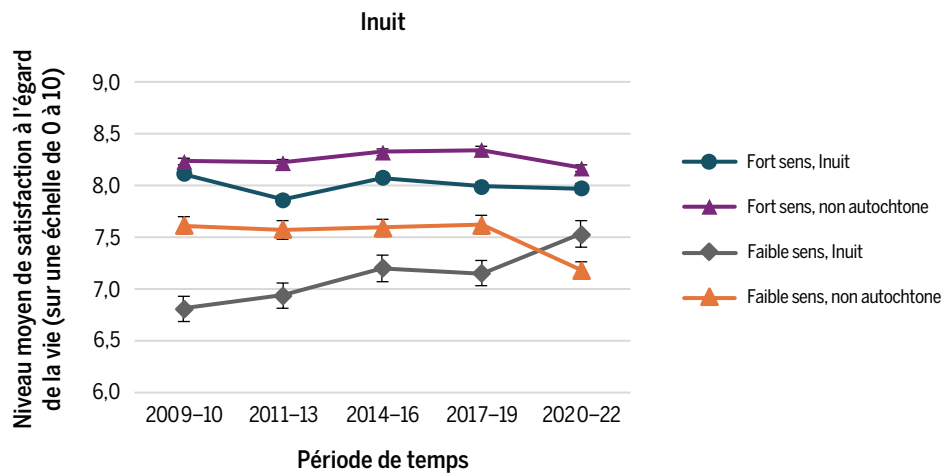
Encadré 4.4: Appartenance à la communauté et lien culturel chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

La communauté, la parenté, l'établissement de liens et la cohésion sociale sont au cœur des cultures autochtones, et des études ont démontré que les liens sociaux sont associés à des résultats en matière de santé mentale positive chez les peuples autochtones (259-262). La cohésion sociale se traduit par des relations réciproques qui peuvent fournir du soutien en cas de besoin, ce qui réduit la réponse physiologique au stress et procure un effet protecteur (263).

En nous fondant sur les données de l'ESCC de 2009 à 2022, nous avons examiné les tendances de la satisfaction à l'égard de la vie liées à l'intersection entre l'identité autochtone et le sentiment d'appartenance à la communauté. Au cours de cette période, les répondants des Premières Nations vivant hors réserve ainsi que les répondants inuits et métis qui avaient déclaré un faible sentiment d'appartenance à la communauté ont constamment déclaré des niveaux inférieurs de satisfaction moyenne à l'égard de la vie comparativement aux répondants non autochtones qui avaient déclaré un faible sentiment d'appartenance à la communauté. Cette disparité était moins prononcée, mais elle a néanmoins augmenté au fil du temps chez les répondants des Premières Nations vivant hors réserve ainsi que les répondants inuits et métis qui avaient déclaré un fort sentiment d'appartenance à la communauté par rapport à leurs homologues non autochtones. L'augmentation des disparités a été particulièrement évidente pendant la pandémie de COVID-19 (2020-2022).

Tendances de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie selon le sentiment d'appartenance à la communauté et l'identité Premières Nations, Inuits et Métis, population de 12 ans et plus, de 2009 à 2022





Les cultures autochtones, qui constituent le fondement de l'identité individuelle et collective, sont au cœur de ce sentiment de connexion ou d'appartenance (264). Les structures coloniales passées et en cours au Canada ont systématiquement tenté d'éroder les cultures autochtones par l'établissement de la *Loi sur les Indiens*, du système des pensionnats, de la rafle des années soixante et d'autres lois, politiques, idéologies et initiatives qui avaient pour but d'éradiquer l'utilisation des langues, des pratiques culturelles et des traditions autochtones (179, 265).

Cet effort systématique visant à supprimer les cultures autochtones et le traumatisme intergénérationnel qui en découle ont contribué à la perte de cohésion sociale (172, 187, 266). Bien que les effets de l'érosion de la culture et de la cohésion communautaire varient, dans de nombreuses communautés autochtones, les traumatismes historiques et la douleur liés à la perte d'identité culturelle ont entraîné des problèmes associés à la toxicomanie (267, 268).

Les données probantes montrent que le rétablissement des pratiques de guérison traditionnelles et d'autres pratiques culturelles qui renforcent les identités autochtones peuvent aider à s'attaquer à bon nombre des causes profondes de la toxicomanie dans les communautés autochtones (269). Les initiatives qui renforcent l'affiliation culturelle, la participation communautaire et les pratiques traditionnelles ont été associées à des taux plus faibles de toxicomanie (270, 271).

Bien qu'il ait été démontré que les interventions qui favorisent les cultures autochtones constituent un outil utile pour lutter contre la toxicomanie, d'autres mesures de soutien doivent également être mises en place, en particulier des mesures qui s'attaquent aux causes profondes des traumatismes et à l'érosion de la cohésion sociale. S'attaquer aux déterminants sociaux du bien-être mental des Autochtones est une responsabilité partagée qui nécessite une action intersectorielle concertée.

4.1.4 QUALITÉ ET UTILISATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ ET ACCÈS

L'accès aux services de santé est un déterminant social de la santé bien reconnu et, malgré le système de santé universel au Canada, certains groupes ont du mal à accéder aux services. Par exemple, les immigrants au Canada sont confrontés à des obstacles à l'accès aux soins de santé, notamment des facteurs socio-économiques, culturels et de communication. En outre, les peuples autochtones sont confrontés à un accès inéquitable aux services de santé par rapport à la population canadienne en général, en raison de facteurs comme les contraintes géographiques, le manque de ressources humaines dans le domaine de la santé, la discrimination et l'absence de services culturellement sûrs.

Les systèmes de pouvoir déterminent l'investissement dans les services sociaux et de santé et leur répartition au sein des communautés, ainsi que le mandat, la portée, la qualité et la sécurité des services sociaux et de santé

(54). Les études qualitatives examinées ont fourni plusieurs exemples de la manière dont les systèmes de pouvoir influencent l'accès, la qualité, la sécurité et l'utilisation des services sociaux et de santé. Parmi les 67 articles canadiens examinés, 42 traitaient de l'accès aux soins et portaient sur une variété de populations et de communautés, notamment les minorités sexuelles et de genre, les jeunes, les femmes souffrant de dépression post-partum, les populations sans domicile fixe, les communautés racialisées, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes souffrant d'une maladie mentale grave.

Trois domaines importants liés à l'accès et à la qualité des soins sont ressortis de la littérature et seront examinés, à savoir 1) la disponibilité des soins et les obstacles aux soins, 2) la sécurité et la qualité des soins de santé mentale et 3) l'accès au traitement.

Disponibilité des soins et obstacles aux soins

L'accès aux soins et aux traitements de santé mentale et leur disponibilité ont été un thème récurrent dans notre examen des études qualitatives. Les obstacles structurels, notamment l'absence de couverture de l'assurance maladie publique pour le traitement des troubles mentaux par des non-médecins dans toutes les provinces et tous les territoires et l'accès à une assurance complémentaire payée par l'employeur, contribuent à maintenir les inégalités d'accès aux soins de santé mentale entre les différents groupes de population. On estime qu'un tiers de la population active au Canada n'a pas accès à ce type d'assurance privée, qui peut être utilisée pour les services de santé mentale, y compris les psychologues, les psychothérapeutes et les travailleurs sociaux. Pour ceux qui bénéficient d'une couverture, l'insuffisance de celle-ci constitue une difficulté supplémentaire (272,273).

Pour les personnes qui ont besoin de soins, parmi les obstacles supplémentaires se trouvent la difficulté de trouver un médecin de famille, qui est souvent le premier point de contact pour les orientations ultérieures, la disponibilité limitée et le nombre insuffisant de spécialistes, les longs délais d'attente pour voir les spécialistes et les courtes durées de rendez-vous (240,274-279).

L'augmentation du coût de la vie incite les individus à réduire leurs dépenses de santé, ce qui peut entraîner une détérioration de la santé mentale (267). Les services de soins aigus, comme les traitements hospitaliers et les médecins de premier recours, sont couverts par les régimes publics d'assurance maladie, mais de nombreux autres services de santé mentale (conseils, psychothérapie, gestion de cas par des travailleurs sociaux, traitement des dépendances et des troubles alimentaires, entre autres) ne sont pas financés par l'État et sont inabornables pour de nombreuses personnes (267). Les organisations caritatives et à but non lucratif aident à fournir certains services gratuitement, la demande globale pour ces services étant en hausse (267). Les limites socio-économiques auxquelles sont confrontés les gens, le manque d'accès à une assurance maladie privée et l'insuffisance des services de santé mentale financés par l'État exacerbent les disparités en matière de santé mentale pour les personnes qui ont le plus besoin de soins.

Les personnes qui ont besoin de soins sont confrontées à des obstacles supplémentaires comme la difficulté de trouver un médecin de famille, qui est souvent le premier point de contact pour les orientations ultérieures, la disponibilité limitée et le nombre insuffisant de spécialistes, les longs délais d'attente pour voir les spécialistes et les courtes durées de rendez-vous (240,274-279).

Les peuples autochtones, en particulier celles qui vivent dans des communautés rurales, isolées et nordiques, sont confrontées à des obstacles spécifiques en matière d'accès aux services de santé. Nombre de ces communautés sont confrontées à une grave pénurie de personnel de santé et dépendent de professionnels de santé non résidents qui se rendent périodiquement dans ces régions pour fournir des services. Il en résulte de longs délais d'attente, ce qui retarde les diagnostics, perturbe la continuité des soins et réduit l'efficacité des services de santé. Par conséquent, de nombreux patients sont transportés vers les centres urbains du sud, laissant souvent derrière eux leurs familles et leurs réseaux de soutien au cours de ce qui nécessite souvent une série de déplacements aller-retour réguliers (280).

En ce qui concerne l'accès aux services financés par l'État pour les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, notre analyse de la littérature qualitative a montré que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie trouvaient particulièrement difficile d'accéder aux soins primaires. En outre, le statut de nouvel arrivant, les antécédents de toxicomanie, la pauvreté, l'itinérance et les antécédents judiciaires ont tous été perçus comme des obstacles à l'accès aux soins médicaux. L'augmentation de la documentation nécessaire de la part des prestataires constitue un obstacle supplémentaire pour les personnes bénéficiant d'une aide financière au titre d'un handicap ou d'autres types d'aide sociale (278).

Les modèles de financement des soins de santé et les règles qui y sont associées, comme la pratique consistant à n'aborder qu'un seul problème de santé par visite chez le médecin, sont une source de stress pour les fournisseurs de soins de santé comme pour les patients. Les patients trouvent que les temps de consultation sont courts, ce qui les mènent à se sentir pressés lors des rendez-vous (278,281). De leur côté, les fournisseurs de services

estiment également que la durée des rendez-vous n'est pas suffisante pour répondre aux besoins des patients en matière de soins de santé, en particulier ceux qui ont des besoins complexes (278).

En outre, le problème persistant des longs délais d'attente pour consulter un spécialiste, comme un psychiatre ou un spécialiste des troubles de l'alimentation, et de la disponibilité limitée, voire inexistante, continue de constituer un obstacle important à la recherche de soins. Par exemple, les participants ont indiqué qu'il y avait plus de services pour les personnes qui consomment des drogues et de l'alcool que pour celles qui cherchent un traitement pour des troubles de l'alimentation, même s'ils peuvent être payés par le secteur privé (276). Tant les jeunes souffrant de troubles de l'alimentation que les fournisseurs de services trouvaient qu'il était difficile d'obtenir des services d'aide pour les problèmes d'image corporelle et d'alimentation (276). Un prestataire de services a déclaré :

« Je ne connais pas d'endroit où l'on pourrait aller pour un trouble alimentaire, mais je connais au moins cinq ou six endroits où l'on pourrait aller pour des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. »

- Employé d'une organisation de jeunesse [autochtone] (276) [traduction libre]

Même s'il y a potentiellement plus de services disponibles pour le traitement des dépendances, les longs temps d'attente et les heures d'ouverture limitées constituent un obstacle important à l'obtention d'un traitement. En outre, de nombreux services sont fournis par le secteur privé et ne sont donc accessibles qu'aux personnes disposant de moyens financiers. Les retards dans le traitement peuvent exacerber les problèmes de santé. Par exemple, une étude a montré que les heures d'ouverture des centres d'échange de seringues et des pharmacies étaient limitées ou se déroulaient en journée, ce qui entraînait parfois des pratiques dangereuses de partage de seringues (277). Un participant a fait part de son expérience :

« La pharmacie n'est pas ouverte 24 heures sur 24 et... le plus grand besoin d'avoir des seringues propres est en fait pendant...les heures qui ne sont pas les heures normales d'ouverture....alors il y a eu des moments où j'ai dû utiliser les seringues de quelqu'un d'autre et c'était des moments où vous savez que les pharmacies étaient fermées et que le service d'échange de seringues était fermé. »

- Participant à l'étude utilisant les services de soutien à la consommation de drogues (277) [traduction libre]

Dans la même étude, un participant a quitté l'Île-du-Prince-Édouard pour aller se faire soigner au Nouveau-Brunswick en raison des longs délais d'attente (277). Un autre participant a fait part de son expérience :

[Le personnel du centre de traitement vous demande à un moment donné : « Souhaitez-vous être inscrit sur la liste des patients traités à la méthadone ? » Vous répondez « Oui ». On vous répond : « Très bien, nous vous recontacterons probablement dans un an. »

- Participant à l'étude à la recherche d'un traitement contre la toxicomanie (277)

Les longs délais d'attente sont une difficulté fréquente. Un participant à l'étude a raconté :

« Une fois, j'ai été victime d'abus. Quand j'ai téléphoné [au centre d'hébergement], ils m'ont dit de rappeler... ils m'ont dit « rappelez-nous dans quelques semaines et nous aurons peut-être une place' » (275). [traduction libre]

L'emplacement peut également jouer un rôle dans la disponibilité des soins. Les zones rurales disposent souvent de services plus limités que les zones urbaines. Par exemple, une étude menée auprès de participants de régions rurales a révélé que les soins spécialisés pour la consommation de drogues et la gestion de la douleur n'étaient pas disponibles et n'étaient accessibles que dans les centres urbains. Les zones rurales n'ont souvent accès qu'à un seul médecin qui peut leur apporter un soutien médical (279).

L'intersection des lieux sociaux et des identités a encore plus entravé l'accès aux soins et posé des obstacles uniques à cet accès. Les jeunes ont eu du mal à accéder aux soins de cessation de l'injection en raison de divers obstacles structurels, sociaux et environnementaux, notamment les longs temps d'attente, la discrimination fondée sur la race, la sexualité et le genre, le manque de soutien social et de dispositions en matière de logement (282). Les jeunes souffrant de troubles de l'alimentation estiment qu'il n'y a pas assez d'infrastructures pour recevoir un soutien (276). Les mères isolées sont confrontées à la difficulté de trouver des services de garde d'enfants abordables, à des coûts de transport élevés et à un sentiment de stigmatisation lorsqu'elles reçoivent de l'aide (283). En ce qui concerne les populations 2SLGBTQI+, les fournisseurs de services estiment qu'il n'y a pas assez de services qui prennent en compte l'orientation sexuelle et l'identité de genre (240). Un fournisseur de services a fait part de son point de vue :

« Je ne pense pas qu'il y ait suffisamment de types de services pour aider les personnes de nos communautés, la communauté de la santé mentale, la communauté [des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres]. Si vous deviez avoir les deux étiquettes, alors là, vous avez de gros problèmes. » - Fournisseur de services (240) [traduction libre]

Un autre participant à l'étude estimait qu'il était difficile de trouver des services pour les personnes 2SLGBTQI+ racialisées. Ce participant a décrit l'effet sur son utilisation des services de santé mentale :

« Je pense que je serais probablement beaucoup plus intéressé par une organisation comme celle-là, qui inclurait les gais et les personnes de couleur. Je pense que ce serait une organisation merveilleuse... Je voudrais probablement tendre la main beaucoup plus et peut-être développer plus d'amitiés platoniques » - Participant à l'étude (240) [traduction libre]

Dans l'ensemble, les différents groupes de population et les individus aux identités croisées éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé mentale en raison de divers obstacles structurels, sociaux et environnementaux. L'amélioration de la disponibilité des services de santé mentale et de leur accès grâce à un plan d'équité ciblant les différents groupes de population concernés contribuerait à améliorer la santé mentale des Canadiens.

Accès sécuritaire aux services de santé mentale et qualité

Au-delà des obstacles aux soins en termes de disponibilité, de nombreuses études qualitatives ont rapporté que le sexisme, l'hétérosexisme, l'homophobie, la transphobie, le racisme et la stigmatisation liés à la maladie mentale et à la consommation de substances psychoactives affectaient l'accès aux soins de santé mentale (240,283-288). La prédominance des perspectives psychiatriques et biomédicales est souvent ressentie comme restrictive et ne reconnaît pas les histoires de vie, les trajectoires et les expériences individuelles qui modulent la santé mentale et le bien-être.

Les termes pathologisants de déviance, l'individualisation de la faute et l'oppression idéologique continuent d'affecter les personnes qui éprouvent des difficultés psychologiques, et l'accent est très peu mis sur la reconnaissance des facteurs sociaux, politiques et économiques plus larges qui ont une incidence sur la santé mentale et le bien-être.

Accès sécuritaire aux services de soins en santé mentale

Le concept de sécurité dans l'accès aux soins de santé mentale est important pour de nombreuses personnes et est plus prononcé chez les personnes dont les identités marginalisées se chevauchent. Les violences physiques et psychologiques fondées sur le genre ont contribué à exacerber les problèmes de santé mentale de nombreuses femmes et personnes 2SLGBTQI+ qui tentaient d'accéder aux soins.

Par exemple, il a été démontré que les effets de la violence sexuelle et de la violence entre partenaires intimes étaient amplifiés par les systèmes de santé, les fournisseurs de soins et les membres des forces de l'ordre, qui perpétuent la discrimination fondée sur le genre, en particulier pour les personnes qui consomment des substances psychoactives. Dans l'étude d'Iris et coll. sur les femmes vivant dans la pauvreté et luttant contre la consommation de substances pendant la grossesse, une participante, qui avait été agressée sexuellement et qui était criminalisée parce qu'elle était soupçonnée de consommer des substances, explique (288) :

« Quand je suis arrivée, ils n'ont pas voulu m'examiner tout de suite. Je saignais, j'avais très mal, je pleurais, mais ils m'ont dit «Non, les agents sont là». Et les policiers ont continué à me harceler, en me disant : «Oh, tu as pris de la drogue? Tu mérites...», non pas d'être violée, mais ils me disaient en gros : «Oh, tu l'as cherché». Et tout ce que je disais, c'est que je voulais me faire examiner pour le bébé, et ils continuaient à dire : « Vous devez attendre, les agents veulent vous parler » et je continuais à dire : «Examinez mon bébé, je leur parlerai plus tard». J'étais vraiment bouleversée; je venais d'être violée et ils essayaient de m'interroger. (288) [traduction libre]

Pour certaines femmes, leur expérience de la violence du partenaire intime et leur besoin de soins médicaux pour l'automutilation ou des idées suicidaires ont suscité de mauvais traitements et de l'hostilité chez les fournisseurs de soins de santé, ce qui a intensifié leur détresse mentale. La « déshumanisation, l'invalidation et le manque d'empathie » des fournisseurs de soins de santé ont été particulièrement troublants pour les femmes qui traversaient déjà une crise, ce qui a aggravé leurs souffrances (289). Comme le décrit une participante à l'étude de Taylor sur les femmes qui ont cherché de l'aide pour des problèmes de suicide après avoir subi de la violence de la part d'un partenaire intime :

« Vous pouvez aller [à l'urgence] et souffrir encore plus que si vous étiez maltraité par votre partenaire, parce que vous en ressortez avec le sentiment de ne rien valoir. Même si vous leur dites que vous êtes suicidaire, ils ne vous prennent pas au sérieux. Ils refusent presque de vous soigner. Ils refusent de vous parler. Vous ne valez rien... Vous pouvez sortir de [l'hôpital] en vous sentant trois fois plus mal que lorsque vous y entrez pour une crise... parce que [les fournisseurs de soins de santé] portent trop de jugements ». (289) [traduction libre]

Pour certaines femmes de la rue en situation de grande pauvreté, l'accès aux soins et aux traitements a été teinté de jugement et elles ont été accueillies avec dédain, ce qui a par la suite retardé la recherche de soins pour des problèmes médicaux et de santé mentale (284,287).

Bien que les services réservés aux femmes répondent à certaines préoccupations en matière de sécurité et offrent un environnement positif avec une variété de spécialistes, les services sont souvent limités à la grossesse et aux problèmes gynécologiques. Une critique de cette approche soulignait la tendance de la biomédecine à limiter les soins aux femmes à leur rôle reproductif, ce qui négligeait les besoins des femmes tout au long de leur vie. Cette approche néglige les besoins des femmes tout au long de leur vie, en particulier pour celles qui sont socialement

isolées et qui ont besoin de différents types de services médicaux et de santé mentale. Comme l'a décrit l'une d'entre elles :

« *Personne ne parle des femmes qui vieillissent. Il n'y a rien pour nous. Nous ne comptons plus. Les femmes âgées ont besoin de plus de services. Quand j'avais 20 ans, je n'avais pas besoin de soins de santé. Maintenant, je n'ai nulle part où aller.* » (284) [traduction libre]

Pour les personnes 2SLGBTQI+, l'absence d'options de soins de santé mentale tenant compte du genre et de la sexualité a contribué à un manque de sécurité. Les soins et les stratégies thérapeutiques qui ne reconnaissent pas le contexte plus large de l'hétérosexisme, de l'homophobie structurelle et de la transphobie peuvent effacer les réalités vécues par les personnes 2SLGBTQI+, pour qui le jugement peut souvent s'accompagner de violence (240,286).

« *Je ne pense pas que les organismes de santé mentale soient aussi accueillants que chez la population hétérosexuelle. D'après mon expérience personnelle, rien que les regards, l'attitude, le langage corporel et tout le reste parlent. Je pense que c'est révoltant.* » (240) [traduction libre]

Bien que des progrès aient été réalisés dans les centres urbains, où des établissements de santé accueillants pour les personnes 2SLGBTQI+ existent, de nombreuses personnes sont victimes de discrimination dans les soins en raison de leur orientation sexuelle et de leur présentation du genre, du fait que les fournisseurs de soins considèrent l'hétérosexualité comme la norme, remettent en question le genre acceptent mal de divers besoins des personnes 2SLGBTQI+. Le fait de se sentir jugé, rabaisé et mal à l'aise peut donner à ces personnes l'impression d'être exclues et les inciter à mettre fin à leur traitement plus tôt (209,212,290).

L'acceptation de la diversité des genres est un élément essentiel de la perception de la sécurité des soins. Pour les personnes transgenres en particulier, la confusion autour de l'identité sexuelle est directement liée à la sécurité. Dans

l'étude de Lyons et coll. sur les expériences des personnes transgenres dans les centres résidentiels de traitement des dépendances, un participant décrit (212) :

« *C'était vraiment difficile. J'y suis allé et ... quand je suis arrivé, ils n'avaient aucune idée que j'étais transgenre. Ils ne savaient pas comment s'y prendre.* » (212) [traduction libre]

Dans cette même étude, l'acceptation et le respect de l'identité de genre par l'accès à des groupes de traitement adaptés au genre avec des groupes de genre appropriés en traitement et des logements ont conduit à des sentiments accrus de sécurité et d'inclusion (212).

La sécurité culturelle est un concept qui vise à créer un environnement sûr et respectueux pour les peuples autochtones qui reçoivent des soins de santé. Il s'agit d'un processus qui consiste à reconnaître et à corriger les déséquilibres de pouvoir entre les fournisseurs de soins et les peuples autochtones, et à créer un environnement dans lequel ces peuples se sentent respectés et valorisés. Il s'agit notamment de reconnaître les traumatismes historiques et actuels subis par les peuples autochtones, ainsi que leur impact sur leur santé et leur bien-être. Il s'agit également de comprendre et de respecter les croyances, les valeurs et les pratiques culturelles des peuples autochtones et de les intégrer dans les services de santé (291). La sécurité culturelle est essentielle pour que les peuples autochtones puissent accéder aux services de santé sans craindre la discrimination ou le racisme, et recevoir des soins appropriés et respectueux de leurs besoins et expériences uniques (292).

Qualité des soins reçus

La qualité des soins reçus pour le traitement de la santé mentale est un autre facteur important lié à l'accès. Au niveau structurel, les obstacles à la qualité des soins pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie englobent un manque de coordination et d'intégration qui nécessite une interaction et une collaboration suffisantes entre les institutions de soins de santé et les fournisseurs de soins de santé (278,293) et d'autres intervenants potentiels (par exemple, le travail social). D'autres difficultés au niveau du système sont

imputables au cloisonnement des soins, à la prédominance des traitements psychiatriques et pharmaceutiques pour la santé mentale (285,286), et à la formation inadéquate et au nombre insuffisant de fournisseurs de soins de santé pour traiter la toxicomanie et les dépendances (277).

Pour les personnes en situation de logement précaire ou d'exclusion liée au logement et les personnes en situation de pauvreté, les soins sélectifs pour des problèmes physiques, les mauvais traitements, les prescriptions excessives de médicaments et la mauvaise qualité des soins ou le refus de soins sont des expériences courantes (294). Dans le cadre d'une étude portant sur l'accessibilité des services de santé pour les personnes sans domicile au moyen d'entrevues portant sur leurs expériences, un participant a décrit ce qui suit :

« Je souffre d'un [syndrome de stress post-traumatique] et le médecin a dit qu'il n'aimait pas mon tempérament. Vous n'êtes pas obligé d'aimer mon caractère, je ne suis pas là pour me faire des amis. Si vous dites [au médecin] que vous avez un problème de drogue et un problème de santé mentale, il ne vous aidera pas pour votre problème de santé mentale. Il vous dira : «Vous devez d'abord arrêter la drogue.» Comment, si je suis mentalement instable, vais-je pouvoir arrêter la drogue? Je me drogue pour essayer de m'en sortir. » (294) [traduction libre]

Un autre aspect important de la qualité des soins reçus est leur pertinence par rapport à la vie et aux expériences des personnes. En termes de santé mentale, la pertinence concerne les soins qui reconnaissent la diversité culturelle et envisagent la santé mentale et le bien-être de manière plus large, au-delà des approches biomédicales et des définitions psychiatriques. Les soins sont perçus comme étant plus pertinents par les personnes qui les recherchent s'ils sont communautaires, locaux, holistiques, adaptés à la culture, équitables sur le plan du genre et non racistes (184,188,283,285,295,296).

De nombreuses études décrivent la nécessité d'un soutien à la santé mentale adapté à la culture et respectueux des diverses coutumes, valeurs et croyances (184,282,285). L'étude d'Auger traite des difficultés des Métis à accéder au système de santé occidental et à s'y retrouver (184). Les participants ont souvent parlé du manque de fournisseurs de soins de santé mentale culturellement sécuritaires et des traumatismes historiques enracinés dans les expériences de soins de santé :

« Ma grand-mère métisse a été hospitalisée. On lui a administré des chocs électriques. Elle était très médicamentée. Toute ma vie, j'ai été terrifiée par les médicaments parce que je l'ai vue si lourdement médicamentée. » (184) [traduction libre]

Les participants ont parlé de l'importance de la guérison occidentale et traditionnelle pour eux-mêmes :

« Je vois bien un conseiller clinique toutes les deux semaines, mais je ne pense pas que cela soit plus utile que d'aller au groupe de perlage ou à la soirée des Métis au Centre de l'amitié. » (184) [traduction libre]

Bien qu'ils reconnaissent la valeur des deux formes de guérison, les participants ont souvent parlé des lacunes dégagées dans les programmes, ce qui illustre l'importance des programmes et des services de santé propres aux Métis :

« Je veux que les Métis soient inclus dans les conversations sur la santé mentale des Autochtones, sur la santé mentale des enfants et des jeunes Autochtones. Je pense que nous ne devons plus être des notes de bas de page, si nous avons même cet égard. Souvent, nous n'apparaissions même pas dans le rapport ou dans le programme d'études ou autres ressources. » (184) [traduction libre]

Lorsque les soins étaient offerts et accessibles, les préjugés implicites et le manque de diversité parmi les professionnels de la santé mentale affectaient le traitement. Des études ont montré qu'il y a un besoin urgent de fournisseurs qui abordent la santé mentale et le bien-être de manière plus holistique, y compris l'influence de la religion, de la culture, de la famille, des attentes intergénérationnelles, de la langue et de la tradition sur la santé mentale et le bien-être (188,285,296).

« ...Les psychiatres qui s'occupent particulièrement des jeunes. Le problème, c'est qu'ils ne sont pas nombreux... Il y a également un manque de professionnels de la santé mentale sud-asiatiques... L'approche occidentale de la santé mentale est très, très différente de l'approche sud-asiatique de la santé mentale. L'une n'est pas meilleure que l'autre. C'est juste très différent... L'accent est mis sur les médicaments... Une autre grande différence entre la santé mentale occidentale et sud-asiatique est que le traitement sud-asiatique met davantage l'accent sur la religion... Le système de santé occidental est très laïque et donne l'impression qu'il faut faire les choses par soi-même. » (285) [traduction libre]

Dans les cas où des services pertinents ont été dégagés, les barrières culturelles au point de prestation des services ont eu tendance à limiter le recours à ces soutiens en ce qui concerne l'étude auprès de parents immigrés africains sur les facteurs influençant la santé mentale de leurs enfants (296). La méfiance à l'égard du système de soins de santé était également répandue, ce qui décourageait les contacts avec les fournisseurs de soins de santé mentale professionnels lorsque le besoin s'en faisait sentir. Puisque ces personnes sont issues en grande partie de milieux culturels qui stigmatisent la maladie mentale, la tendance des fournisseurs de services à documenter l'utilisation des services était une source de méfiance. Ainsi, par crainte d'être documentés et stigmatisés, les parents immigrés africains hésitaient à accéder à des services de conseil et à d'autres formes d'aide en matière de santé mentale pour leurs enfants (296).

Dans certaines études, les participants ont bénéficié d'une bonne qualité de soins et le traitement était perçu comme un moyen d'améliorer les liens sociaux, l'acceptation sociale et l'accès à la communauté. Les sites de consommation supervisée (ou sûre), les sites de prévention des surdoses et les sites d'injection sûre sont des lieux qui offrent des environnements propres et sûrs pour la consommation de substances (287,295,297,298). Des règles strictes en matière de violence et d'agression et des renseignements sur la sécurité de l'approvisionnement en drogues ont renforcé la contribution favorable de la consommation de substances dans un environnement propice à la réduction des méfaits (287).

« La consommation de drogues est un sport très, très solitaire, et il est empreint de désespoir, d'isolement et de désolation, de véritable noirceur. Et lorsque vous utilisez un site d'injection sécurisé, vous le faites dans un contexte social, ce qui rompt avec tout cela. » (287). [traduction libre]

Les sites de consommation supervisée protègent également les personnes de la criminalisation, car ils offrent un endroit où consommer de la drogue en toute sécurité sans craindre d'être arrêté en raison de leur situation d'itinérance et de leur consommation de drogue (287) :

« D'un point de vue juridique, je n'ai pas l'impression que je vais avoir des problèmes, donc je ne suis pas pressé. Cela me permet de prendre de meilleures décisions quant à ma consommation. » (287) [traduction libre]

Si la possibilité d'accéder à un plus large éventail de services de santé, comme les soins primaires, le traitement des dépendances, la psychiatrie et les services de santé sexuelle sont un autre aspect positif des sites de consommation supervisée, (287) il serait peut-être plus utile d'adopter une connaissance plus holistique de la consommation de substances psychoactives. Il est essentiel d'offrir des soins adéquats et appropriés pour lutter contre la maltraitance des enfants, le placement en famille d'accueil et les traumatismes (299).

Accès au traitement : stigmatisation liée à la consommation de substances et aux maladies mentales graves

La stigmatisation subie par les personnes qui consomment des drogues et/ou celles qui souffrent de maladies mentales graves est un autre facteur important affectant l'accès aux soins. Les moteurs de la stigmatisation liée à la consommation de substances sont les croyances selon lesquelles « la consommation de substances est un échec moral, plutôt qu'une véritable maladie, et que les personnes sont responsables de leur état; que les personnes qui consomment des substances pourraient «choisir d'arrêter» et que les personnes qui consomment des substances sont dangereuses et imprudentes. » (300).

La recherche documentaire qualitative a relevé plusieurs expériences de stigmatisation liées à la consommation de substances psychoactives. La stigmatisation a été vécue dans différents contextes, y compris dans différents contextes de traitement comme les hôpitaux, les services médicaux et les centres résidentiels de traitement, par les fournisseurs de services et les professionnels de la santé. Elle a également été signalée dans des contextes personnels, par exemple à la maison, par des membres de la famille.

Les participants ont fait état d'expériences stigmatisantes en raison de leur race ou de leur appartenance ethnique, de leur apparence et de leur consommation de substances psychoactives. Ils ont également déclaré avoir eu l'impression d'être traités différemment des autres en raison de la méfiance des fournisseurs de soins de santé, de leur manque de compassion et de leur traitement plus agressif (275). Les participants estimaient que leur consommation de drogue n'était pas acceptée par le grand public et que leur famille et leurs amis les traitaient avec méfiance (275). Un participant a raconté :

« Même ma propre famille... ils savent tous que je suis un drogué, je ne le cache pas... ils ont tous peur que je les arnaque ou que je leur vole leur argent. » (275).
[traduction libre]

Les expériences de stigmatisation découlant de la consommation de substances psychoactives ont affecté l'accès aux soins. Une personne a indiqué que les fournisseurs ne s'intéressaient qu'à sa dépendance et qu'elle avait donc l'impression de devoir mentir pour avoir accès aux soins :

« Elles [les infirmières] vous parlent avec condescendance, comme si le seul problème de santé que vous avez ou que vous n'aurez jamais devait être lié à la toxicomanie. J'ai déjà refusé de dire que je me droguais, et je l'ai caché parce que j'avais l'impression qu'elles ne s'intéressaient à rien d'autre sur le plan médical que ce qui était lié à ma toxicomanie... Quand on ment, c'est évident qu'on ne reçoit pas les services dont on a besoin, non? Et malheureusement, pour la plupart des soins de santé auxquels j'ai eu accès, j'ai eu l'impression de devoir mentir; j'ai dû faire croire que j'étais une personne différente pour pouvoir accéder aux soins. » (284). [traduction libre]

Un autre participant à une étude estimait que son statut de personne qui s'injecte des drogues compromettrait l'obtention de services médicaux aigus (277). Par exemple, il a attendu plus de huit heures à l'hôpital pour un problème lié à la drogue, et un membre du personnel de l'hôpital a dit :

« C'est juste un toxicomane ou un consommateur de stupéfiants... mettez-le dans un coin en attendant. » (277).
[traduction libre]

Une autre étude a montré que les participants avaient l'impression que les fournisseurs de soins primaires ne voulaient pas s'engager dans des conversations sur les questions de santé mentale et de toxicomanie. Le fournisseur de soins disait explicitement ou implicitement que ces questions ne relevaient pas de son champ de compétence et qu'il ne voulait pas en discuter. Les participants ont estimé que cette attitude était liée à un manque de connaissances sur ces sujets (278).

Bien que la rétention de renseignements sur la consommation de drogues puisse signifier que certains problèmes de santé ne sont pas abordés, les participants à l'étude considèrent que cette approche est préférable s'ils veulent être traités avec respect et éviter de « se sentir moins qu'humains à leurs yeux [ceux des fournisseurs de soins de santé] » (284).

Différents groupes de population ont fait part de leur expérience de la stigmatisation, notamment les femmes. Les femmes ont déclaré se sentir stigmatisées en tant que toxicomanes ou ne pas être reconnues comme de « vraies personnes » par les prestataires de soins de santé, car elles n'ont pas le contrôle des renseignements communiqués dans leur dossier médical, comme l'adresse et la consommation de substances (284). Elles ont déclaré avoir été sermonnées par les prestataires de soins de santé sur la consommation de drogues et avoir eu des cas où les prestataires de soins de santé ont ignoré leurs questions. Elles ont déclaré se sentir punies pour avoir défendu leurs intérêts ou pour avoir remis en question les pratiques des prestataires de soins de santé (284).

Les femmes ont également fait l'objet d'un double standard lors de l'accès aux sites de prévention des surdoses (295). Par rapport aux hommes, on attendait des femmes qu'elles se comportent mieux, qu'elles s'occupent des autres, qu'elles mettent de l'ordre et qu'elles consomment de la drogue plus rapidement. On attendait également d'elles qu'elles s'occupent des hommes tout en devant générer des revenus pour acheter de la drogue (295). Une participante a raconté :

« Nous sommes simplement soumises à des normes plus strictes. Oui, on attend de nous un meilleur comportement. On attend de nous que nous ne restions pas aussi longtemps [dans les sites de prévention des surdoses]. On attend de nous que nous ne dormions pas par terre... Nous sommes celles qui gagnent de l'argent et celles qui prennent soin des autres. Nous nous occupons des garçons et, vous savez, nous sommes censés venir nettoyer et en ramener un [un client masculin] avec nous, parce que cela arrive souvent. On vient chercher notre copain, genre. » (295) [traduction libre]

Une femme n'a pas pu bénéficier de soins de santé mentale en raison de la nature de son diagnostic. Elle a raconté :

« J'ai dit que je souffrais d'un trouble dissociatif de l'identité et elle [la soignante] m'a demandé ce que c'était. Je lui ai dit et elle a interrompu l'entretien sur-le-champ et m'a dit : « Nous ne nous occupons pas de gens comme vous ici » ... Alors je suis partie, j'ai commencé à pleurer et je suis rentrée chez moi. » (278) [traduction libre]

Un autre groupe de population victime de la stigmatisation liée à la consommation de drogues est celui des personnes transgenres, dont l'identité sexuelle et l'identité de genre sont en cause. Les participants aux études ont déclaré se sentir isolés et mal à l'aise, n'ont pas senti que le personnel comprend leur identité sexuelle et ont subi des commentaires inappropriés de la part du personnel (212). Une participante a estimé que les réactions des autres à son identité transgenre l'empêchaient de traiter sa dépendance :

« J'ai reçu beaucoup de soutien de la part du personnel, mais avec les autres clients, c'était vraiment difficile. Tout le monde parle de moi dans toute l'unité... parce que je suis la seule transgenre.... J'ai fini par m'isoler et m'enfermer dans ma chambre 24 heures sur 24... C'est comme si on ne s'occupait pas de votre dépendance. » (212) [traduction libre]

Certains membres du personnel ont déclaré qu'ils ne connaissaient pas les identités transgenres et qu'ils ne savaient pas comment y réagir (212). Une participante bi-spirituelle a évoqué son expérience avec un conseiller qui remettait en question la façon dont une personne ayant cette identité de genre devait agir :

« Ma conseillère m'a dit que je n'étais pas fidèle à moi-même parce que je n'agissais pas comme une personne bi-spirituelle normale et j'ai discuté avec elle, enfin pas discuté, mais débattu avec elle, de la manière dont je suis censée agir. Suis-je censée me déhancher chaque fois? [Elle disait que je n'étais pas assez féminine.] Oui, c'était bizarre. Je n'aimais pas vraiment en parler et... elle était impolie. Elle était vraiment, vraiment impolie. Alors oui, je suis partie. (212) [traduction libre]

Un autre participant a évoqué le fait qu'il se sentait mal à l'aise d'aborder certains sujets en raison de son identité sexuelle et de son environnement social. Le participant a déclaré :

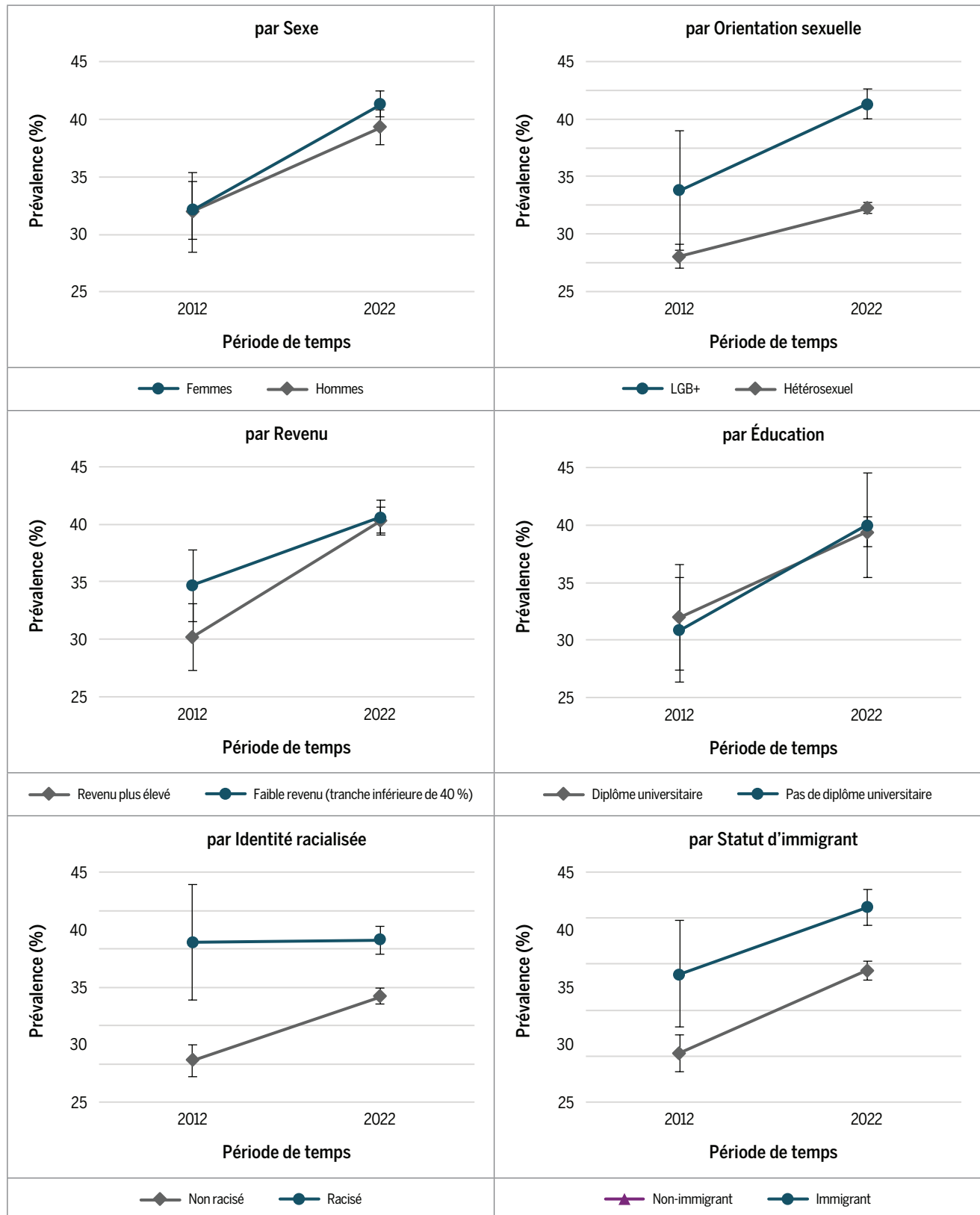
« Dans les groupes, je n'osais pas parler de certaines choses parce qu'il y avait d'autres hétérosexuels. Mais je sais que les lesbiennes, les gais et les trans, s'ils m'entendaient parler de ces autres choses, ils ne seraient pas scandalisés, alors qu'une personne hétérosexuelle le serait » - Participant à l'étude (212) [traduction libre]

Ces expériences de stigmatisation de l'usage de substances par les fournisseurs de soins de santé et les pairs rendent plus difficile l'accès aux services de santé mentale. La figure 9 présente les inégalités dans les besoins non satisfaits en matière de soins de santé mentale en fonction du sexe/genre, de l'orientation sexuelle, du revenu du ménage, du niveau d'éducation, de l'identité racialisée et du statut d'immigrant. Parmi les personnes qui déclarent avoir besoin de services de santé mentale (par exemple, conseils, médicaments), l'indicateur de besoins non satisfaits mesure le pourcentage de personnes dont les besoins n'ont pas été satisfaits ou ont été partiellement satisfaits.

Entre 2012 et 2022, les personnes s'identifiant comme gaies ou lesbiennes ou bisexuelles (LGB), les immigrants et les répondants racialisés ont déclaré des taux plus élevés de besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale par rapport aux personnes hétérosexuelles, aux non-immigrants et aux personnes blanches, respectivement. En 2022, les femmes ont également déclaré des niveaux plus élevés de besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale que les hommes. Les inégalités absolues dans les besoins non satisfaits en fonction du sexe/genre et de l'orientation sexuelle ont eu tendance à augmenter au fil du temps, alors que peu de changements ont été observés sur l'échelle relative.

En revanche, pour le revenu du ménage, le niveau d'éducation et le statut d'immigrant, les estimations de l'inégalité absolue et relative semblent diminuer au fil du temps, mais les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Pour l'identité racialisée, les estimations de l'inégalité relative et absolue ont diminué de manière significative entre les deux périodes (c'est-à-dire que les taux de besoins non satisfaits pour les personnes racialisées étaient inférieurs de 21 % ou de 8,1 points de pourcentage par rapport aux personnes blanches en 2022). Toutefois, en raison de la grande variabilité des données, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Figure 12. Inégalités dans les besoins non satisfaits en matière de soins de santé mentale, population âgée de 15 ans et plus, 2012 et 2022



	Différence de prévalence pour les besoins non satisfaits en services de santé mentale (IC À 95 %)		Variation absolue de la différence de prévalence (IC À 95 %)	Ratios de prévalence des besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale (IC À 95 %)		Changement relatif des ratios de prévalence (IC À 95 %)
	2012	2022	2022 par rapport à 2012	2012	2022	2022 par rapport à 2012
Femmes c. hommes (référence)	0,1 (-4,1, 4,3)	2,1 (0,2, 4,0)	1,9 (-2,7, 6,6)	1,00 (0,88, 1,15)	1,05 (1,00, 1,10)	1,05 (0,91, 1,20)
Gais/lesbiennes/ bisexuels c. hétérosexuels (référence)	11,5 (0,9, 22,1)	18,1 (15,3, 20,9)	6,6 (-4,4, 17,6)	1,37 (1,06, 1,76)	1,46 (1,38, 1,53)	1,07 (0,88, 1,29)
Revenus inférieurs (40 % inférieurs) c. revenus supérieurs (60 % supérieurs) (référence)	4,5 (0,2, 8,8)	0,4 (-1,5, 2,3)	-4,1 (-8,8, 0,6)	1,15 (1,01, 1,31)	1,01 (0,96, 1,06)	0,88 (0,78, 1,00)
Diplôme universitaire c. diplôme inférieur à l'université (référence)	-1,1 (-6,7, 4,5)	0,6 (-1,3, 2,4)	1,7 (-4,3, 7,6)	0,97 (0,81, 1,15)	1,01 (0,97, 1,06)	1,05 (0,87, 1,27)
Immigrant c. non immigrant (référence)	8,7 (2,5, 14,8)	6,8 (4,7, 9,0)	-1,8 (-8,3, 4,7)	1,29 (1,09, 1,51)	1,17 (1,12, 1,23)	0,91 (0,80, 1,04)
Racialisés c. Blancs (référence)	15,5 (7,7, 23,2)	7,3 (5,2, 9,4)	-8,1 (-16,2, -0,1)	1,51 (1,26, 1,80)	1,19 (1,13, 1,25)	0,79 (0,70, 0,89)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DP, différence de prévalence; RP, rapport de prévalence.

Notes :

Besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale : parmi les personnes interrogées qui ont déclaré avoir besoin de services de santé mentale (conseils, médicaments, entre autres), la proportion (%) de celles qui ont déclaré que certains ou tous ces besoins n'étaient pas satisfaits. Les valeurs positives des différences de prévalence (DP) indiquent une inégalité absolue dans les besoins non satisfaits. Les valeurs du rapport de prévalence (RP) supérieures à 1,0 indiquent une inégalité relative dans les besoins non satisfaits.

Calcul du changement absolu : (DP en 2022)-(DP en 2012).

Calcul du changement relatif (%) : (RP en 2022)/(RP en 2012).

Interprétation des changements absolus et relatifs (%) : Les valeurs positives indiquent une tendance à l'augmentation des inégalités dans les besoins non satisfaits, les valeurs négatives indiquent une tendance à la diminution des inégalités dans les besoins non satisfaits.

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (2012) et de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (2022). L'échantillon de population est composé de personnes âgées de 15 ans et plus, vivant dans les 10 provinces; les estimations sont normalisées selon l'âge en utilisant les intervalles d'âge de cinq ans du Recensement de 2016.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les données et les analyses à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/notes-techniques.html>.

Les tendances en matière d'inégalités pour d'autres résultats en santé mentale (par exemple, la suicidalité, la symptomatologie dépressive, le stress de la vie) sont présentées dans l'outil de données en ligne, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/outil-de-donnees.html>.

5. Discussion et répercussions

Bien que les iniquités en santé mentale soient déterminées par une interaction complexe de facteurs structurels et systémiques, ces iniquités sont toutes modifiables ou évitables, et l'importance de réorienter l'action de santé publique pour s'attaquer aux facteurs systémiques injustes et inévitables est bien reconnue (301). Ce rapport a démontré comment les conditions socioéconomiques, le sexisme, le racisme, la discrimination, le colonialisme, le sentiment d'appartenance à la communauté et l'accès aux soins de santé affectent la santé mentale des gens et de la population et contribuent aux inégalités en matière de santé mentale au Canada. Des conditions sociales stressantes et la possibilité d'accéder à un soutien social et à des soins peuvent affecter la capacité à s'adapter. Ces déterminants sociaux de la santé mentale peuvent être remodelés par une action intersectorielle. Les politiques et interventions intersectorielles peuvent être conçues et développées conjointement pour répondre à des priorités et des défis communs, tout en faisant progresser les objectifs et avantages mutuels dans le but de construire des communautés résilientes et de créer des opportunités égales et des environnements favorables pour certaines personnes, des groupes spécifiques ou des populations entières. L'accès aux soins et les interventions au niveau individuel constituent un aspect important et nécessaire de la lutte contre les iniquités en santé mentale. Toutefois, ces interventions ne s'attaquent pas aux facteurs en amont qui façonnent et déterminent les conditions de santé, telles que la manière dont le pouvoir est réparti dans la société et dont les ressources sont allouées. Étant donné que ces facteurs en amont ou structurels résultent souvent de décisions et d'investissements dans des politiques et des programmes, il est essentiel d'envisager des interventions portant sur la santé mentale et le bien-être, de la prévention au traitement, en aval et en amont. Grâce à ces approches, il est possible d'avoir un impact direct et profond sur la santé mentale et le bien-être ainsi que d'améliorer les conditions dans lesquelles les gens vivent (par exemple, les conditions socio-économiques, les conditions qui contribuent à la discrimination, les conditions qui favorisent un sentiment d'appartenance à la communauté et les conditions dans lesquelles diverses

personnes accèdent aux traitements et aux services de soutien en matière de santé mentale), et entraînant des répercussions directes et profondes sur la santé mentale et le bien-être.

Ce rapport combine des données qualitatives et une analyse quantitative pour fournir une vue d'ensemble des facteurs structurels des iniquités en santé mentale. Dans notre analyse, nous avons fait référence aux systèmes de pouvoir et de privilège qui maintiennent et perpétuent les iniquités en santé afin de montrer comment la santé publique peut potentiellement préconiser, entamer ou faciliter la collaboration intersectorielle, dans le but de réduire les iniquités en matière de santé mentale et de bien-être. Les constatations du rapport pourront éclairer, appuyer et renforcer la mise en œuvre de recherches, de programmes, de politiques et de plans pour réduire les iniquités en santé mentale au Canada.

5.1 APERÇU DES TENDANCES QUANTITATIVES PAR THÈME

Les analyses quantitatives présentées dans le présent rapport montrent les tendances en matière d'iniquités au sein de la population en ce qui concerne les niveaux élevés de santé mentale autoévaluée et de satisfaction à l'égard de la vie, dans différentes dimensions sociales liées aux quatre thèmes identifiés dans la littérature qualitative : conditions socio-économiques, racisme et discrimination, sentiment d'appartenance à la communauté et accès, utilisation et qualité des services de santé. Les tendances temporelles ont permis de dresser un portrait de l'évolution des iniquités en santé mentale entre 2007 et 2022. La réduction, la persistance ou l'aggravation des iniquités au fil du temps varient en fonction du résultat en matière de santé mentale, de la dimension sociale de l'iniquité et des mesures sur l'échelle absolue ou relative.

De 2007 à 2022, le gradient socio-économique de la santé mentale est demeuré constant; des niveaux plus élevés de désavantages socio-économiques (par exemple, des revenus plus faibles, l'insécurité alimentaire, l'insécurité du logement, le chômage) ont été associés à une moindre

satisfaction de la vie. Ces groupes défavorisés sur le plan social étaient également moins susceptibles de faire état d'une bonne santé mentale auto-évaluée (également appelée excellente ou très bonne santé mentale perçue). Les disparités liées au revenu dans les résultats en matière de santé mentale ont eu tendance à se réduire au fil du temps, une tendance qui reflète largement l'aggravation disproportionnée de l'état de santé mentale parmi les groupes les plus favorisés sur le plan économique, en particulier pendant la pandémie de COVID-19 (section 4.1.1 pour plus de détails). Les associations entre d'autres dimensions de la défavorisation matérielle (insécurité alimentaire, précarité du logement, chômage) et une mauvaise santé mentale ont persisté ou augmenté au fil du temps.

Au cours de cette période (de 2007 à 2022), les tendances en matière d'inégalités de santé mentale ont été analysées pour plusieurs groupes de population qui subissent une discrimination disproportionnée au Canada, notamment les populations racialisées, immigrantes et 2ELGBTQI+, ainsi que les peuples autochtones. Des disparités significatives ont été observées au fil du temps en matière de satisfaction de la vie et de santé mentale auto-évaluée élevée entre les personnes gaies/lesbiennes et bisexuelles et les personnes hétérosexuelles, entre les immigrants racialisés et les non-immigrants blancs, entre les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis comparativement aux non-Autochtones, et entre les divers groupes raciaux/ethniques et les Blancs. De 2007-2010 à 2020-2022, les iniquités en santé mentale auto-évaluée élevée se sont accrues entre les personnes bisexuelles et hétérosexuelles. En revanche, les iniquités entre les immigrants racialisés et les non-immigrants blancs en matière de satisfaction de la vie et de santé mentale auto-évaluée élevée ont diminué, ce qui reflète une détérioration de la santé mentale chez les nonimmigrants blancs par rapport aux immigrants racialisés, en particulier pendant la pandémie de COVID-19. De 2007 à 2022, des données ont mis en évidence des iniquités persistantes en matière de santé mentale chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis par rapport à la population non autochtone. L'analyse des iniquités liées à la race ou à l'origine ethnique en matière de santé mentale auto-évaluée et de satisfaction à l'égard de la vie s'est

réduite pour la plupart des groupes raciaux ou ethniques au fil du temps, y compris et surtout pour les Noirs, les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est, les Asiatiques du Sud et les Latino-Américains, par rapport aux Blancs. Toutefois, certaines estimations sont imprécises en raison de la petite taille des échantillons.

Les personnes ayant un fort sentiment d'appartenance à la communauté (voir la section 4.1.3) avaient une santé mentale et un bien-être nettement meilleurs que celles ayant un sentiment d'appartenance à la communauté plus faible. Les analyses de tendances ont montré une détérioration constante de la santé mentale chez les personnes ayant un sentiment d'appartenance communautaire plus faible au fil du temps, en particulier pendant la pandémie de COVID-19. En outre, les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis vivant hors réserve qui ont déclaré un faible sentiment d'appartenance à la communauté ont toujours eu une satisfaction moyenne de la vie inférieure à celle des personnes non autochtones qui ont déclaré un faible sentiment d'appartenance à la communauté. Un pourcentage comparable d'immigrants de longue durée et d'immigrants récents, par rapport aux non-immigrants, ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale. Toutefois, chez les hommes, depuis 2014-2016, un pourcentage plus élevé d'immigrants récents que de non-immigrants ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Il y a peu de preuves d'iniquités liées à l'immigration en présence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles ont systématiquement fait état d'un moins grand sentiment d'appartenance à la communauté que les personnes hétérosexuelles. Chez les femmes et les hommes, l'écart était le plus prononcé entre les personnes bisexuelles et hétérosexuelles. De 2007-2010 à 2020-2022, des éléments indiquent une tendance croissante et constante des iniquités liées à l'orientation sexuelle en ce qui concerne le fort sentiment d'appartenance à la communauté chez les femmes et les hommes, respectivement.

Les personnes s'identifiant comme étant gaies, lesbiennes ou bisexuelles, les immigrants et les répondants racialisés ont déclaré des besoins non satisfaits plus importants en matière de services de santé mentale en 2012 et en 2022, par rapport aux personnes hétérosexuelles, aux non-immigrants et aux personnes blanches, respectivement. En outre, en 2022, les femmes ont déclaré un taux plus élevé de besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale que les hommes. De 2012 à 2022, les iniquités en ce qui concerne les besoins non satisfaits en fonction du sexe/genre et de l'orientation sexuelle ont augmenté, tandis qu'elles ont diminué en fonction du revenu du ménage, du niveau d'éducation, du statut d'immigration et de l'identité raciale.

5.2 CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA SANTÉ PUBLIQUE : RÉSULTATS DE LA SYNTHÈSE QUALITATIVE

Notre analyse qualitative de la littérature a permis de dégager plusieurs pistes d'intervention pour réduire et traiter les iniquités en santé mentale. Ces considérations cadrent largement avec les thèmes synthétisés de notre étude (conditions socio-économiques, racisme, xénophobie, homophobie et autres types de discrimination, sentiment d'appartenance à la communauté, soutien social et liens culturels, accès aux services de soins de santé, qualité de ces derniers et utilisation de ces services) et suggèrent des orientations futures pour la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.

Ces thèmes sont également étroitement liés aux rôles de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé (302), qui, outre l'évaluation, la notification, la modification et l'orientation des interventions, mettent l'accent sur le partenariat avec d'autres secteurs et sur la participation à l'élaboration des politiques.

5.2.1 ÉLARGIR LA COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE, DU BIEN-ÊTRE ET DU MIEUX-ÊTRE

Comme il est indiqué à la section 2.1, les conceptions strictement biomédicales de la santé mentale, du bien-être et du mieux-être limitent le potentiel d'approches plus holistiques, en amont, axées sur les points forts et positives de la promotion de la santé mentale et des soins. L'examen des études qualitatives nous a permis de constater que la

nature et l'expression de la détresse mentale, ou à l'inverse du bien-être, n'étaient pas clairement exprimées dans un langage qui coïncide parfaitement avec les mesures standards des résultats en matière de santé mentale dans les enquêtes sur la santé de la population. En fait, les catégories utilisées pour identifier les problèmes, mesurer les résultats et développer des interventions peuvent ne pas convenir, par exemple, aux nouveaux arrivants ou aux personnes racialisées, étant donné que la recherche en psychologie a été principalement basée sur des participants occidentaux, de classe moyenne et éduqués (303,304). Les chercheurs ont noté que de nombreux facteurs, comme « la culture, la langue, l'ethnicité et la religion influencent les causes, les manifestations et l'évolution des troubles mentaux », ce qui peut également avoir un impact sur les symptômes affectifs ressentis, les explications individuelles de la détresse et la manière dont les personnes recherchent de l'aide et font face aux crises de santé mentale ou aux facteurs de stress (53).

Notre synthèse qualitative renforce les travaux antérieurs qui soulignent la nécessité de ne plus considérer la santé mentale et le bien-être exclusivement sous l'angle biomédical et psychiatrique, mais d'intégrer divers systèmes de connaissances, de visions du monde, d'expériences, de perspectives, de communautés et de relations (305). Cette évolution peut contribuer à soutenir des méthodes plus globales et plus inclusives de lutte contre les iniquités en santé mentale au Canada.

Une partie de cet exercice concerne le rôle de la santé publique dans l'évaluation et l'établissement de rapports (302). Afin de documenter avec succès l'existence et l'impact des iniquités en santé mentale et de développer des stratégies efficaces pour réduire ces iniquités, nous devons prêter attention aux multiples façons de connaître et de comprendre la santé mentale et le bien-être, et les rapprocher. Une compréhension de la santé mentale et du bien-être axée sur l'individu, basée sur la biomédecine et souvent utilisée dans les environnements de traitement et de soins, entrave la capacité des prestataires de santé publique et des chercheurs à assurer une surveillance adéquate et précise de la santé mentale. Comme l'ont noté certaines études (303), bien qu'il soit important d'inclure certains indicateurs biomédicaux de la santé

mentale dans les systèmes de surveillance, les différentes conceptions de la santé mentale peuvent influencer sur les réponses aux enquêtes et, lorsqu'elles sont recueillies dans le contexte de la santé générale, elles peuvent sous-représenter la mauvaise santé mentale et son lien avec les déterminants sociaux (303). Si la santé mentale doit être considérée comme une question qui concerne l'ensemble de la société, la surveillance des résultats en matière de santé mentale doit s'inscrire dans le cadre d'autres mécanismes de surveillance et d'enquête, par exemple en incluant des mesures relatives à la santé mentale lors de la collecte de données sur la main-d'œuvre, le logement et l'environnement.

La recherche qualitative examinée dans le présent rapport met en évidence les limites de la recherche quantitative basée sur la population, pour ce qui est de saisir adéquatement des concepts tels que la santé mentale et le bien-être d'une manière qui reflète et mesure de façon significative la façon dont ils sont vécus par divers groupes de la population au Canada (53). En fait, elle met en évidence les possibilités futures de faire progresser la recherche pour mesurer la nature et la profondeur de l'expérience, ainsi que l'interprétation des significations de la santé mentale parallèlement à sa surveillance. L'utilisation de recherches qualitatives et quantitatives, associée à des outils de surveillance élargis offrant aux répondants une conceptualisation plus large de la santé mentale, offre des opportunités pour une compréhension plus complète des besoins en matière de santé mentale et des réponses potentielles en matière de santé publique. De plus, une collaboration intersectorielle et des approches participatives qui permettent de relier de manière plus significative ces résultats en matière de santé mentale aux déterminants structurels et à la santé sont essentielles.

La reconnaissance des visions du monde distinctes des Premières Nations, des Inuits et des Métis en ce qui concerne le bien-être mental est essentielle à la discussion sur l'élargissement des définitions de la santé mentale et du bien-être. Comme il est indiqué à la section 3.1.2, la compréhension et la reconnaissance des cadres existants en matière de bien-être mental (p. ex. le cadre du continuum du bien-être mental des Premières Nations, le cadre du bien-être mental propre aux Inuits et les

perspectives et visions du monde des Métis en matière de bien-être mental) pour les communautés autochtones est une étape cruciale et fondamentale dans la collaboration avec les partenaires autochtones afin de faire progresser l'action en faveur du bien-être mental de ces communautés. Une bonne compréhension de ces cadres pour les peuples autochtones permet de s'assurer que le travail de santé publique visant à améliorer les résultats en matière de bien-être mental pour les communautés autochtones est mené en toute sécurité sur le plan culturel (7,11).

5.2.2 INTÉGRER L'ÉQUITÉ EN TANT QUE PRIORITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE

Nos résultats montrent que les personnes s'identifiant comme étant gaies, lesbiennes ou bisexuelles, les immigrants et les répondants racialisés ont déclaré de plus grands besoins non satisfaits en matière de services de santé mentale en 2012 et 2022, par rapport aux personnes hétérosexuelles, aux non-immigrants et aux personnes blanches, respectivement. Pour améliorer l'expérience des soins de santé mentale chez les personnes ayant des identités sociales multiples et croisées, il est nécessaire de modifier et d'orienter les interventions en fonction des systèmes de pouvoir et d'exclusion qui s'imbriquent les uns dans les autres. La santé publique a pour rôle essentiel de travailler dans plusieurs disciplines et secteurs pour atténuer l'impact de ces systèmes. Une plus grande intégration des systèmes de santé publique et des soins de santé mentale pourrait contribuer à remédier à certaines des inégalités décrites dans le présent rapport en ce qui concerne l'accès aux soins de santé mentale. Ceci pourrait être traité en soutenant la coordination des soins, en élargissant les perspectives de la pratique clinique pour y inclure la santé de la population, en renforçant la promotion de la santé et la prévention des maladies et en facilitant la recherche intersectorielle, la formation et le travail politique en collaboration avec le secteur des soins de santé. Les appels internationaux exprimant la nécessité d'une plus grande intégration des secteurs des soins de santé et de la santé publique ne datent pas d'hier (306). Cette nécessité a été exprimée dans des documents fondamentaux de la politique sanitaire internationale, notamment la déclaration d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires et la charte d'Ottawa de 1986 pour la

promotion de la santé (306). Bien que cela s'applique à un large éventail de conditions et de services de santé, les défis sont particulièrement pertinents pour la santé mentale, qui est souvent isolée des services de santé physique, parce que certains services de santé mentale ne sont pas couverts financièrement par les régimes publics d'assurance-maladie. Il en résulte des différences dans l'organisation et le financement des services de santé mentale, des services de santé physique et des services de santé publique en amont. En outre, le modèle biomédical des soins de santé signifie qu'il existe souvent des différences entre les services de santé mentale et les services de santé physique (ainsi que les interventions de santé publique) en termes de fournisseurs de services et de modalités, y compris des différences en termes d'exigences en matière d'études et de culture (306).

Bien que certains rôles relèvent plus clairement de la santé publique et d'autres des soins de santé, il existe un certain nombre de fonctions qui relèvent à la fois de la santé publique et des soins de santé, telles que la planification des services de soins de santé en fonction des caractéristiques et des besoins de la population, l'évaluation de l'impact des soins sur les patients et les communautés, la défense de communautés saines et équitables, le dépistage clinique et l'intervention préventive précoce, entre autres (306). C'est à ce niveau que les secteurs de la santé publique et des soins de santé peuvent travailler ensemble et aborder de manière cohérente les expériences intersectionnelles dans les soins de santé mentale. En utilisant une version adaptée des modèles de collaboration entre la médecine et la santé publique de Lasker (307), nous décrivons quatre catégories de fonctions visant à promouvoir l'équité des résultats en matière de santé mentale et de bien-être, ainsi que les déterminants associés. Nous décrivons les actions de collaboration spécifiques que les deux secteurs peuvent entreprendre dans le cadre de ces fonctions.

1) Coordination des soins : améliorer l'accès aux services de santé mentale dans le cadre de soins de santé et de santé mentale intégrés

Les études examinées dans le cadre de ce rapport montrent que, dans l'ensemble, les différents groupes de population et les personnes aux identités

croisées éprouvent des difficultés à accéder aux soins de santé mentale en raison de divers obstacles structurels. Notamment, le manque de coordination, de communication et de collaboration résultant d'une interaction et d'une intégration insuffisantes entre les institutions, les prestataires de soins de santé (278,293) et d'autres parties prenantes potentielles (par exemple, le travail social). D'autres difficultés au niveau du système sont liées au cloisonnement des soins, à la prédominance des traitements psychiatriques et pharmaceutiques pour la santé mentale (285,286), et à la formation inadéquate et au nombre insuffisant de prestataires de soins de santé pour traiter la consommation de substances et les toxicomanies (277). Notre rapport suggère qu'il existe un besoin et une préférence pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie de recevoir des services dans un cadre interdisciplinaire et coordonné où la santé mentale, la santé physique et la santé sociale sont toutes traitées et discutées (278). Les participants à l'étude ont décrit en termes positifs les traitements et les soins qu'ils percevaient comme renforçant les liens sociaux, l'acceptation et l'accès à la communauté (294, 306). Les systèmes de soins coordonnés qui aident les clients à s'orienter dans les services de santé et de santé mentale sont utiles pour les communautés qui souffrent d'iniquités en matière de santé, et constituent un besoin selon nos conclusions (306).

2) Élargir les perspectives : appliquer une perspective axée sur la population à la pratique clinique

Notre rapport comprend des données et des constats sur les déterminants proximaux, intermédiaires et distaux (p. ex. revenu, insécurité alimentaire, logement, emploi) qui ont un impact sur la santé mentale et le bien-être de nombreuses populations, y compris les Peuples Autochtones, les personnes 2ELGBTQI+ et les nouveaux arrivants, et qui entraînent des iniquités dans ce domaine tout au long de la vie. Il est essentiel de collaborer avec les cliniciens pour partager ces données et ces résultats de manière systématique, complète et routinière et pour identifier les moyens d'appliquer les résultats au niveau de la population à la planification clinique. Ces informations peuvent contribuer à améliorer la prise de décision clinique en permettant de comprendre les risques liés

à la santé mentale dans les différentes communautés, en soutenant les programmes de sensibilisation pour aider à orienter les communautés vers des programmes et des traitements, et en améliorant la gestion de la pratique (dotation en personnel, prestation de services dans divers sites) et l'élaboration de profils socio-économiques et de santé mentale communautaires afin d'éclairer les soins dans les communautés à travers le Canada (306,308). Certains parlent d'un « système de santé apprenant », dont le fondement est la présence d'une infrastructure de données utilisée pour recueillir les résultats des patients (309). Cette infrastructure de données comprend généralement des mesures de l'expérience déclarée par les patients (MEDP) et des mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) qui aident les fournisseurs de soins de santé à adapter leurs services, à renforcer les soins axés sur le patient et à améliorer en permanence la qualité de la prestation des soins de santé (310). Ces mesures deviennent particulièrement utiles si elles incluent les expériences de discrimination et de racisme et sont ventilées pour délimiter les expériences intersectionnelles (311).

3) Lutter contre les iniquités en santé mentale en renforçant la promotion de la santé et la prévention des maladies

Les iniquités en santé mentale et de bien-être peuvent être réduites en renforçant la promotion de la santé et la prévention des maladies. Nos conclusions soulignent l'importance des approches non cloisonnées qui reconnaissent les différents stades de la vie, les besoins et les déterminants sociaux, ainsi que des approches qui donnent la priorité au partenariat entre les communautés et la société civile. Il est particulièrement important de donner la priorité aux approches adaptées à la culture et tenant compte des traumatismes (184,211), et aux pratiques de guérison traditionnelles qui ont un impact positif sur la santé mentale (184). En outre, il est nécessaire d'adopter des approches qui contribuent à combler le fossé entre les soins de santé et les services communautaires qui s'attaquent aux déterminants structurels et sociaux de la santé, telles que les interventions de prescription sociale, entre autres (283). Nos résultats montrent des associations entre les iniquités en santé mentale et des problèmes systémiques tels que le logement, le revenu,

l'emploi, l'exclusion et l'aliénation, la stigmatisation, le racisme, la marginalisation socio-économique et la discrimination institutionnelle. La prise en compte de ces déterminants de la santé au niveau du système pourrait potentiellement contribuer à réduire les iniquités en santé mentale dans nos communautés (312).

4) Collaboration intersectorielle entre la santé publique et les soins de santé

La collaboration intersectorielle entre les secteurs de la santé publique et des soins de santé peut aider à traduire la recherche et la surveillance liées aux inégalités en santé mentale en actions et interventions concrètes. Nos résultats mettent en évidence plusieurs domaines dans lesquels de la formation en collaboration, de la recherche et de l'élaboration de politiques pourrait aider pour lutter contre les inégalités en matière de santé mentale et de bien-être. Ces domaines comprennent les déterminants sociaux et structurels de la santé mentale, la promotion de la santé et les soins de santé adaptés à la culture, l'homophobie, la discrimination raciale et religieuse dans différents contextes sociaux et institutionnels tout au long de la vie, la diversité religieuse et culturelle dans les concepts de la santé mentale, les interventions intergénérationnelles en matière de santé mentale et les modèles de soins de santé mentale adaptés à la culture.

5.2.3 PARTENARIATS INTERSECTORIELS

Ce rapport illustre l'importance de prendre en compte les contextes sociaux, les conditions et les systèmes plus larges qui contribuent aux iniquités en matière de services de santé mentale, en ce qui concerne l'accès et la disponibilité. Bien que certaines actions visant à lutter contre les iniquités en santé mentale puissent être prises en charge par la santé publique, la plupart des mesures susceptibles d'influencer directement les déterminants sociaux de la santé relèvent du système de santé ainsi que des mandats d'autres secteurs gouvernementaux, d'organisations communautaires, de la société civile et d'autres intervenants (313). Les partenariats de santé publique avec les gestionnaires du système de santé et avec d'autres ministères et secteurs peuvent favoriser des approches plus intégrées. S'attaquer aux facteurs en

amont qui façonnent les conditions de vie des personnes augmentent les possibilités et les résultats positifs en matière de santé mentale et de bien-être.

L'administratrice en chef de la santé publique du Canada suggère une approche coordonnée de l'ensemble de la société qui implique des partenariats entre le gouvernement, la société civile, la communauté et le secteur privé pour renforcer les capacités, coordonner les actions et répondre aux priorités en matière de santé publique (314). Cette approche pourrait s'appliquer, par exemple, des partenariats avec les ministères fédéraux responsables du revenu, de l'éducation, du logement, de l'emploi ou de l'immigration, ce qui pourrait contribuer à des changements structurels permettant de remédier aux iniquités en matière de santé mentale et de bien-être. En outre, la mobilisation des partenaires de tous les secteurs permet de maximiser les investissements en période d'austérité budgétaire. La création du Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé par l'ASPC est un exemple de mobilisation avec des dirigeants de divers secteurs pour combler les lacunes en matière d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé. À ce jour, un certain nombre de produits ont été développés, chacun d'entre eux traitant de la santé mentale et du bien-être. Parmi ceux-ci, on trouve *Les racines de la résilience : aplanir les inégalités dans les communautés autochtones* et la « Ressource pancanadienne de données et d'initiatives pour l'amélioration des déterminants de la santé chez les enfants et leur famille » (315).

La mobilisation des personnes et des communautés est également nécessaire dans le cadre d'une approche coordonnée de l'ensemble de la société. La mobilisation communautaire, en particulier avec les personnes défavorisées, atténue les obstacles que les formes de preuves plus conventionnelles peuvent introduire et aide à mettre en lumière les besoins, les forces et les résiliences des communautés. Une telle santé publique axée sur la communauté peut, par conséquent, améliorer les résultats en matière de santé mentale.

Il est particulièrement important de s'engager avec les partenaires autochtones pour faire progresser le bien-être mental de ces communautés. Le renforcement des partenariats clés avec les organisations fédérales, provinciales, territoriales, nationales et régionales a été cité comme un élément clé des plans de mieux-être distincts

des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis (7,11). Ces cadres soulignent la nécessité d'un engagement soutenu, de partenariats et d'une collaboration avec les principaux prestataires de soins de santé, les autres prestataires de services et les partenaires des administrations (les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral en particulier) pour garantir que les besoins des peuples autochtones sont satisfaits. Ces cadres soulignent que les partenariats doivent être ancrés dans des principes directeurs pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, respectivement. Le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, par exemple, préconise trois principes directeurs pour orienter l'établissement de partenariats efficaces fondés sur le respect mutuel : (1) les Premières Nations doivent être reconnues comme un partenaire clé, (2) les partenariats doivent être complémentaires, les partenaires ayant une responsabilité partagée et (3) les partenaires doivent connaître la culture et la réalité dans lesquelles vivent les Premières Nations, et collaborer de manière à renforcer les cultures, les traditions et les langues des Premières Nations. Ces cadres appellent les régions et les communautés, travaillant en partenariat, à effectuer des changements dans la fourniture de programmes et de services communautaires de bien-être mental. Ces cadres soulignent également la nécessité de structures de gouvernance nationales qui privilégient « la culture comme fondement », qui contribuent à combler les lacunes et à promouvoir une approche systémique, qui définissent des objectifs et des mécanismes de responsabilité, et qui suivent et évaluent les progrès de la mise en œuvre en partenariat avec les communautés autochtones. Ces cadres soulignent l'importance d'impliquer les communautés autochtones dès le début des processus, plutôt que d'entreprendre des consultations une fois que les programmes ou les politiques ont déjà été élaborés. Enfin, les cadres soulignent la nécessité de définir clairement les rôles et les responsabilités des partenaires autochtones et des gouvernements régionaux, nationaux et fédéraux (7,11).

Nos résultats soulignent la nécessité de mettre en place des interventions de santé publique qui traitent les interactions complexes entre les déterminants de la santé, tels que le revenu, l'emploi, le racisme, le sentiment

d'appartenance à la communauté et l'accès aux soins de santé, qui entraînent des iniquités entre les groupes de population. La prise en compte de ces interactions complexes des déterminants sociaux nécessite une collaboration entre les secteurs et avec les personnes ayant une expérience vécue lors de l'élaboration de programmes et de services visant à lutter contre les inégalités en matière de santé mentale et à créer des communautés résilientes. Les approches de la santé dans toutes les politiques (SdTP) sont prometteuses, car elles préconisent une perspective holistique de la santé qui est systématiquement intégrée dans les processus décisionnels de tous les secteurs et départements gouvernementaux. La santé dans toutes les politiques met l'accent sur l'importance de s'attaquer aux causes sous-jacentes des problèmes sanitaires et sociaux dans les politiques, dans tous les secteurs gouvernementaux (316). L'objectif est de créer des synergies qui renforcent l'équité et les avantages en matière de santé tout en réduisant les préjudices sociaux et sanitaires (316). La nécessité de s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé, telles que le manque de protection sociale et d'accessibilité aux services et aux soins de santé, est un élément fondamental des approches d'application de la santé dans toutes les politiques (SdTP). La santé dans toutes les politiques est un levier politique essentiel pour lutter contre les iniquités en santé mentale, car de nombreux facteurs influençant les résultats en matière de santé mentale sont hors de portée du secteur de la santé, comme l'indique notre rapport (316). L'application l'approche SdTP nécessite un examen des conséquences involontaires, mais potentiellement prévisibles des politiques qui ne sont pas manifestement liées à la santé (par exemple, les règlements de zonage qui pourraient avoir une incidence sur le transport actif et la pollution) (316).

L'incidence collective (IC) offre une approche structurée et intersectorielle permettant de rassembler divers intervenants pour s'attaquer à des problèmes complexes, et pourrait être utilisée par les acteurs de la santé publique et de la santé mentale cherchant à s'attaquer aux causes qui sous-tendent les iniquités en santé mentale. L'IC reconnaît fondamentalement que la santé mentale est influencée par divers facteurs sociaux et structurels. Les principes clés de l'IC comprennent l'élaboration par les

partenaires d'un programme commun, d'un système de mesure partagé, d'activités se renforçant mutuellement, d'une communication continue et d'organisations de soutien de base (317). En réunissant divers partenaires tels que des organismes gouvernementaux, des organisations à but non lucratif, des fournisseurs de soins de santé et des groupes communautaires, l'IC permet une approche plus complète et coordonnée pour s'attaquer aux causes profondes des problèmes de santé mentale.

Le Cadre de qualité de vie pour le Canada est de fournir un cadre analytique permettant de lutter contre les iniquités en santé mentale, en particulier au niveau fédéral. Ce Cadre va au-delà du produit intérieur brut (PIB) pour évaluer les progrès nationaux en tenant compte de la façon dont les investissements fédéraux (en ce qui concerne le budget fédéral) cadrent avec cinq domaines généraux de la qualité de vie (prospérité, santé, société, environnement et bonne gouvernance). Le cadre comprend également deux objectifs analytiques transversaux : (1) l'équité et l'inclusion, qui visent à éclairer l'élaboration des politiques et des programmes en évaluant la distribution des indicateurs de la qualité de vie pour différentes populations au Canada; (2) la durabilité et la résilience, destinées à promouvoir une réflexion à long terme sur la qualité de vie au Canada (en tenant compte de facteurs non économiques tels que la santé, le logement, l'environnement et la sécurité) (318). Cette approche à l'égard de la budgétisation a un fort potentiel pour amener les décideurs à penser de manière plus holistique au bien-être et à créer une culture de collaboration dans tous les secteurs du gouvernement, tout en faisant la promotion de la prise de mesures à l'égard des moteurs de la santé mentale et du bien-être.

Les conclusions de ce rapport soutiennent la vision d'une stratégie intersectorielle cohérente et holistique en matière de santé mentale et qui fait progresser les objectifs de bien-être mutuel des divers intervenants. La mise en œuvre d'une telle stratégie faciliterait l'adoption d'approches holistiques de la promotion, de la prévention et du traitement des problèmes de santé mentale, au-delà des soins de santé mentale conventionnels (319). Il s'agit de collaborer avec différents secteurs pour améliorer les facteurs influençant le bien-être mental (319). Par exemple,

en améliorant l'accès à l'éducation, aux possibilités d'emploi, au logement et aux systèmes de soutien social (319). La stratégie nationale finlandaise en matière de santé mentale, lancée en 2020, est un exemple de stratégie nationale de santé mentale collaborative, en amont, étant donné qu'elle inclut des activités multisectorielles de prévention et de traitement dans les secteurs public et privé, ainsi que des acteurs non gouvernementaux (320). Le budget 2019 de la Nouvelle-Zélande consacré au bien-être est un autre exemple d'approche stratégique en amont, où les investissements et les activités du gouvernement – y compris pour le traitement et la prévention de la santé mentale – ont été regroupés sous l'objectif du bien-être (321).

Au Canada, une stratégie fédérale multisectorielle pour la santé mentale pourrait inclure des initiatives émanant de divers ministères fédéraux et portant sur l'ensemble des déterminants structurels, sociaux et environnementaux qui influencent la santé mentale et le bien-être. Cette stratégie pourrait s'appuyer sur le cadre de la qualité de vie au Canada, qui reconnaît les multiples dimensions qui influencent le bien-être général de la population, y compris la santé mentale (154). En outre, cette stratégie pourrait explorer les processus pangouvernementaux afin d'évaluer les politiques et les programmes en fonction de leur impact sur le bien-être mental et de la manière dont ils peuvent contribuer à une santé mentale positive.

5.2.4 UTILISER DES POLITIQUES ET DES INTERVENTIONS UNIVERSELLES PARALLÈLEMENT À DES INTERVENTIONS CIBLÉES

Dans plusieurs cas, nos résultats montrent une réduction des iniquités au fil du temps, en raison de l'aggravation des taux au sein du groupe de référence. Par exemple, à la section 4.1.1, nos résultats indiquent comment l'écart en matière d'iniquités concernant la santé mentale autoévaluée selon le revenu s'est réduit au fil du temps, ce qui reflète principalement un moins bon état de santé mentale positive parmi les ménages ayant les revenus les plus élevés, particulièrement pendant la première année de la pandémie de COVID-19 (2020-2022). À la section 4.1.2, nous démontrons comment, chez les hommes et les femmes, les non-immigrants blancs ont affiché la plus

forte baisse de leur santé mentale autoévaluée au fil du temps, et les immigrants racialisés ont déclaré la plus faible réduction. Cela s'est traduit par une diminution notable de l'inégalité élevée en santé mentale autoévaluée entre les immigrants racialisés et les non-immigrants blancs, en termes absolus et relatifs, pour les deux sexes. Lorsque la dynamique temporelle des iniquités (dans ce cas, la réduction du fossé en matière de santé mentale positive) est régie par la détérioration des taux dans le groupe le plus performant ou groupe de référence, on parle de « nivellement vers le bas » (197). Ce « nivellement vers le bas » (198) fait généralement référence à un changement indésirable des iniquités (c.-à-d. que des améliorations devraient être observées en augmentant le niveau de santé mentale positive des personnes qui sont moins favorisées par rapport à celui du groupe le plus performant ou « nivellement vers le haut »).

Parallèlement à cet effet de « nivellement vers le bas », notre rapport montre une baisse générale de l'excellente/très bonne santé mentale auto-évaluée dans de nombreux groupes (c'est-à-dire que des baisses ont été observées dans tous les quintiles de revenus, dans les groupes de salariés et de chômeurs, dans les groupes connaissant différents niveaux d'insécurité alimentaire, etc.). Ces résultats suggèrent qu'en plus des interventions ciblées, il est nécessaire de mettre en place des interventions universelles pour aider à remédier à ces déclinés observés dans toutes les couches sociales (322). Une combinaison d'interventions universelles et ciblées peut contribuer à garantir que chacun dispose des ressources matérielles et sociales nécessaires à sa santé mentale (322). Les interventions peuvent être conçues pour une diffusion universelle, mais mises en œuvre avec une intensité proportionnelle aux besoins, ce que l'on appelle l'« universalisme proportionnel » (323).

5.2.5 RECONNAÎTRE ET SURMONTER LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA DISPONIBILITÉ DES DONNÉES POUR LA SURVEILLANCE DES INIQUITÉS EN SANTÉ

Au Canada, de plus en plus de voix s'élèvent pour réclamer l'élargissement des enquêtes démographiques, des recensements ou des bases de données administratives existantes afin d'aborder les iniquités enracinées dans les systèmes de pouvoir et d'oppression (par exemple, la

discrimination systémique et le racisme). Il ne s'agit pas seulement de combler des lacunes de longue date dans les données en recueillant des données démographiques plus granulaires ou des données sur les déterminants structurels de la santé (y compris les changements climatiques et les conditions environnementales), mais de s'assurer que les données soient pertinentes et de bonne qualité (par exemple, en recueillant des informations fiables et complètes). Cela signifie également une collecte, une analyse et une communication systématiques des données, fondées sur la réactivité culturelle et l'accessibilité par le biais d'un engagement collaboratif avec les populations prioritaires (c'est-à-dire pourquoi les données sont recueillies, pour qui elles sont destinées et ce qu'il va en advenir) (324,325).

Dans ce contexte, pour l'ESCC et d'autres sources de données, un moyen d'apporter des améliorations consiste à recueillir des renseignements qui remettent en question l'histoire de la discrimination en recueillant directement des données sur le racisme, la race et l'ethnicité. Il s'agit notamment d'élargir le contenu de l'enquête en posant des questions sur les expériences de discrimination (dans l'ensemble et dans différents contextes tels que les soins de santé, l'école, le travail, les interactions avec les forces de l'ordre, etc.). Outre l'élargissement de l'approche en matière de collecte de données pour englober des sujets pour lesquels les données sont actuellement indisponibles, l'utilisation de méthodes d'échantillonnage de groupes de population plus restreints - appelés populations rares - est un élément clé à prendre en considération. En général, le faible nombre de personnes est une caractéristique commune de la surveillance des iniquités en santé, car les sources de données ne sont généralement pas conçues dans le but de disposer d'échantillons de taille suffisante dans tous les groupes de population. Il est, par exemple, utile d'inclure intentionnellement dans l'échantillon un plus grand nombre de membres d'une certaine population ou communauté afin de produire des estimations avec des niveaux de précision adéquats. On parle parfois de suréchantillonnage. Lorsque cela se produit, cela peut renforcer la capacité à générer de nouvelles analyses et/ou la capacité à tirer des conclusions des analyses. Ceci est particulièrement important pour les iniquités qui se croisent et pour lesquelles de nombreux groupes

de population sont de petite taille ou rares (comme le fait de vivre dans un quartier à faible revenu et en zone rurale, d'appartenir à des groupes ethniques et d'être une femme en même temps). Un autre domaine d'amélioration consiste à développer les liens et à harmoniser les méthodes (y compris les questionnaires utilisés) entre les sources de données afin de fournir des données supplémentaires pour le suivi des iniquités en santé.

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, l'ESCC ne recueille pas de données sur les personnes vivant dans les réserves ou dans les communautés nordiques du Québec, qui comprend l'Inuit Nunangat. Pour résoudre certains de ces problèmes, l'ASPC a apporté un soutien financier au Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) pour l'élaboration d'un rapport complémentaire sur le bien-être mental qui sera disponible en 2025. Le rapport du CGIPN utilisera les données de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations, la première et unique enquête nationale sur la santé des Premières Nations qui recueille des informations de grande envergure sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés nordiques, sur la base des conceptions occidentales et traditionnelles de la santé et du bien-être. Les données de l'ERS sont collectées selon une approche fondée sur le respect inhérent de la souveraineté des données, conformément aux principes de PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations, qui affirment que seules les Premières Nations ont le contrôle des processus de collecte de données dans leurs communautés, et qu'elles possèdent et contrôlent la manière dont ces informations peuvent être stockées, interprétées, utilisées ou partagées (324).

En outre, il est nécessaire d'établir des rapports périodiques détaillés sur l'ampleur et les tendances des iniquités en santé et de leurs déterminants afin d'éclairer les éventuelles décisions futures en matière de politiques et de programmes visant à réduire plus efficacement les iniquités en santé, de permettre le suivi des progrès accomplis dans ce domaine et de faciliter la collaboration entre les différentes administrations.

6. Remarques finales

En conclusion, notre rapport a exploré des données qualitatives et quantitatives démontrant l'incidence des conditions socio-économiques, du racisme et de la discrimination, du sentiment d'appartenance à la communauté et de l'accès aux soins de santé sur les inégalités en santé mentale. Nous avons résumé la manière dont ces facteurs peuvent s'entrecroiser pour produire de profondes inégalités en santé mentale et parmi les groupes de population. Il convient de noter que nos résultats indiquent également que ces inégalités ont persisté et, dans certains cas, se sont aggravées au fil du temps.

Ce rapport, y compris la discussion sur les définitions générales de la santé mentale et du bien-être et l'utilisation de multiples formes de connaissances pour contextualiser ces compréhensions, montre de nouvelles perspectives dans la surveillance et le suivi des inégalités en santé mentale.

Nos résultats mettent en évidence d'importantes mesures de santé publique qui peuvent être prises pour remédier à ces tendances en matière d'iniquités, notamment la nécessité de dépasser les conceptualisations personnelles et pathologiques de la santé mentale, au profit de conceptions plus holistiques qui tiennent compte des déterminants structurels de la santé et de leurs répercussions, la nécessité d'appliquer des perspectives de santé de la population dans des contextes cliniques de santé mentale afin de modifier et d'orienter les interventions, et la nécessité d'établir des partenariats non seulement avec d'autres ministères, mais aussi avec la communauté et la population afin de remédier les inégalités en santé mentales.

7. Références

1. World Health Organization. Health and Well-Being [Internet]. 2023 [Consultation le 22 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being.
2. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. 2021 [Consultation le 29 août 2023]. Consultable en ligne à la page : www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
3. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. In: World Conference on Social Determinants of Health [Internet]. Rio de Janeiro, Brazil: World Health Organization; 2011. Consultable en ligne à la page : www.who.int/publications/m/item/rio-political-declaration-on-social-determinants-of-health.
4. Gouvernement du Canada. Secrétariat fédéral de lutte contre le racisme [Internet]. 2021 [Consultation le 6 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/secretariat-federal-lutte-contre-racisme.html.
5. Gouvernement du Canada. Le Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+ : Bâtir notre avenir, avec Fierté [Internet]. 2023 [Consultation le 12 janvier 2024]. Consultable en ligne à la page : <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/sois-toi-meme/plan-action-federal-2elgbtqi-plus.html>.
6. Harvey I. Rose's Strategy of Preventative Medicine. *Public Health*. 2009;123(10).
7. Alianait Inuit-specific Mental Wellness Task Group. Alianait Inuit Mental Wellness: Action Plan [Internet]. Inuit Tapiriit Kanatami; 2007. PDF téléchargeable à partir de la page : <http://docplayer.net/18015067-Alianait-inuit-mental-wellness-action-plan-prepared-by-alianait-inuit-specific-mental-wellness-task-group.html>.
8. Dumont J. First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) Cultural Framework [Internet]. First Nations Information Governance Centre (FNIGC); 2005. Consultable en ligne à la page : https://web.archive.org/web/20200919111946/http://fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_General/developing-a-cultural-framework.pdf.
9. National Aboriginal Health Organization. In The Words of Our Ancestors: Métis Health and Healing. 2008.
10. British Columbia Office of the Provincial Health Officer, Métis Nation British Columbia. Taanishi Kiiya? Miiyayow Métis Saantii Pi Miyooayaan Didaan BC: Métis Public Health Surveillance Program—Baseline Report, 2021. 2021.
11. Santé Canada. Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Ottawa, Ont.; 2015.
12. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. 2010. PDF téléchargeable à partir du lien : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Agence de la santé publique du Canada. Les principales inégalités en santé au Canada: un portrait national. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario; 2018.
14. Agence de la santé publique du Canada. Comment intégrer la théorie de l'intersectionnalité dans les analyses quantitatives d'équité en santé? Une revue rapide et liste de vérification de pratiques prometteuses [Internet]. 2022. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/comment-integrer-theorie-intersectionnalite-analyses-quantitatives-equite-sante.html#a1.
15. Lim KL, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Dis Can* [Internet]. 2008;28(3). PDF téléchargeable à partir du lien : www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/28-3/pdf/cdic28-3-2fra.pdf.
16. CAMH. Mental Health in Canada: Covid-19 and Beyond [Internet]. 2020. PDF téléchargeable à partir du lien : www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/covid-and-mh-policy-paper-pdf.pdf.
17. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Documents fondamentaux. Genève; 1946.
18. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Vol. 22, *International Journal of Health Services*. 1992.
19. Ruger JP. Health and Social Justice. *Health and Social Justice*. 2010.
20. Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Rep*. 2006;121(3).
21. Shim R, Koplan C, Langheim FJP, Manseau MW, Powers RA, Compton MT. The social determinants of mental health: An overview and call to action. Vol. 44, *Psychiatric Annals*. 2014.
22. Agence de la santé publique du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [Internet]. 2022 [Consultation le 25 mai 2023]. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html.
23. Solar O, Irwin A, World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO Document Production Services; 2010.
24. Agence de la santé publique du Canada, Tam T. Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. 2019.
25. Labonté R, Stuckler D. The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(3).
26. Abdillahi I, Shaw A. Agence de la santé publique du Canada. 2020. p. 1–14 Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs: un aperçu.

27. Canadian Mental Health Association. 2022. Social Determinants of Health.
28. Mikkonen J, Raphael D. Les réalités canadiennes. 2011. Déterminants sociaux de la santé: les réalités canadiennes.
29. Compton MT, Shim RS. Why Employers Must Focus on the Social Determinants of Mental Health. Vol. 34, American journal of health promotion. United States; 2020. p. 215–9.
30. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14(2):231.
31. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5(6).
32. Hankivsky O. Intersectionality 101 [Internet]. 2014. PDF téléchargeable à partir du lien : <https://bccampus.ca/wp-content/uploads/2020/07/Hankivsky-Intersectionality101-2014.pdf>.
33. Collins AB, Boyd J, Cooper HLF, McNeil R. The intersectional risk environment of people who use drugs. *Soc Sci Med*. 2019 Aug 1;234.
34. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé [Internet]. Antigonish, Nouvelle Écosse; 2022. Consultable à la page: <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary>.
35. Agence de la santé publique du Canada. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive [Internet]. 2023 [Consultation le 6 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/>.
36. World Health Organization. Health Promotion [Internet]. 2012 [Consultation le 3 avril 2024]. Consultable à la page: www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference.
37. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. Vol. 33, *Clinical Psychology Review*. 2013.
38. Golden TL, Wendel ML. Public Health's Next Step in Advancing Equity: Re-evaluating Epistemological Assumptions to Move Social Determinants From Theory to Practice. *Front Public Heal*. 2020;8.
39. Parker G, Tavella G, Macqueen G, Berk M, Grunze H, Deckersbach T, et al. Revising Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, criteria for the bipolar disorders: Phase I of the AREDOC project. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(12).
40. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. Vol. 21, *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2021.
41. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS-5). 5th ed. Vol. 21. American Psychiatric Pub; 2013.
42. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Cinquième éd. 2013.
43. Manderscheid R, Ryff C, ... EFP chronic, 2010 U. Peer reviewed: evolving definitions of mental illness and wellness. *ncbi.nlm.nih.gov*. 2010.
44. Keyes CLM. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol*. 2007;62(2):95–108.
45. Agence de la santé publique du Canada. Modèle du continuum de santé mentale (MCSM) [Internet]. 2023 [Consultation le 6 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/organisation/rapports-publications/sante/rvpm-aide-memoire/modele-du-continuum-de-sante-mentale.html.
46. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, Jayaraman G. Measuring positive mental health in Canada: Construct validation of the mental health continuum-short form. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada*. 2017;37(4).
47. Iasiello M, van Agteren J, Cochrane EM. Mental Health and/or Mental Illness: A Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual-Continua Model of Mental Health. *Evid Base*. 2020;2020(1).
48. Gouvernement du Canada. Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC) [Internet]. 2023 [Consultation le 26 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : <https://sante-infobase.canada.ca/IMCC/outil-de-donnees/>.
49. Statistique Canada. Tableau 13-10-0096-18 Trouble de l'humeur, selon le groupe d'âge [Internet]. 2023 [Consultation le 26 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009618.
50. Orpana HM, Vachon J, Pearson C, Elliott K, Smith M, Branchard B. Correlates of well-being among Canadians with mood and/or anxiety disorders. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada Res Policy Pract* [Internet]. 2016;36(12). Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-36-no-12-2016/correlates-well-being-among-canadians-with-mood-anxiety-disorders.html.
51. Agence de la santé publique du Canada. Promotion de la santé mentale [Internet]. 2014 [Consultation le 6 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-mentale/promotion-sante-mentale.html.
52. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada* [Internet]. 2016;36(1). Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-36-no-1-2016/monitoring-positive-mental-health-its-determinants-canada-development-positive-mental-health-.
53. Kirmayer LJ. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. Vol. 75, *Social Science and Medicine*. 2012.
54. Heller JC, Fleming PJ, Petteway RJ, Givens M, Porter KMP. Power Up: A Call for Public Health to Recognize, Analyze, and Shift the Balance in Power Relations to Advance Health and Racial Equity. *Am J Public Health*. 2023;113(10).

55. Tagalik S. Inuit Qaujimagatuqangit : le rôle du savoir autochtone pour favoriser le bien-être des communautés inuites du Nunavut. 2011.
56. Macdougall B. La terre, la famille et l'identité : contextualiser la santé et le bien-être des Métis. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone Prince George; 2017.
57. Gaudry A, Corntassel J. Insurgent education and indigenous-centred research: Opening new pathways to community resurgence. In: Learning and Teaching Community-Based Research: Linking Pedagogy to Practice. Toronto, ON: University of Toronto Press; 2014. p. 167–85.
58. Fijal D, Beagan BL. Indigenous perspectives on health: Integration with a Canadian model of practice. *Can J Occup Ther.* 2019;86(3).
59. Halsey R, Murdock L. Appuyer l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé : leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde. 2020.
60. Thunderbird Partnership Foundation. Guide de référence du Cadre de mieux-être autochtone [Internet]. 2020. PDF téléchargeable à partir du lien : https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2021/02/IWF-Reference-Guide_FR-Web.pdf.
61. Inuit Tapiriit Kanatami. National Inuit Suicide Prevention Strategy [Internet]. 2016 [Consultation le 8 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.itk.ca/national-inuit-suicide-prevention-strategy/.
62. Kinnon D. Engaging Inuit Men and Boys in Ending Violence Against Women and Girls: A gender-based analysis [Internet]. Ottawa, Ont.; 2014. Consultable en ligne à la page : <https://pauktuutit.ca/project/engaging-inuit-men-boys-ending-violence-women-girls-gender-based-analysis/>.
63. Métis National Council. Métis Vision for Health [Internet]. 2022. PDF téléchargeable à partir du lien : [www.metisnation.ca/uploads/documents/3-1\)Me%CC%81tis%20Vision%20for%20Health-July%2012%20update.pdf](http://www.metisnation.ca/uploads/documents/3-1)Me%CC%81tis%20Vision%20for%20Health-July%2012%20update.pdf).
64. Graham C, Davoren T. Histoires partagées : les récits de jeunes parents et d'aînés métis au sujet de la parentalité. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone Prince George, C.-B.; 2015.
65. Les Femmes Michif Otipemisiwak. Métis Perspectives of Missing and Murdered Indigenous Women, Girls and LGBTQ2S+ People [Internet]. Les Femmes Michif Otipemisiwak, Women of the Métis Nation; 2019. PDF téléchargeable à partir du lien : <https://web.archive.org/web/20200213194800/https://en2.metiswomen.org/wp-content/uploads/2019/11/LFMO-MMIWG-Report.pdf>.
66. Tourand J, Stewart D, Peled M, Poon C, Smith A. Ta Saantii: A Profile of Métis Youth Health in BC. 2016.
67. Collins PH. Black feminist thought in the matrix of domination. *Black Fem thought Knowledge, consciousness, Polit Empower.* 1990;138(1990):221–38.
68. Collins PH. Gender, black feminism, and black political economy. *Ann Am Acad Pol Soc Sci.* 2000;568(1):41–53.
69. Hill Collins P, Bilge S. Intersectionality. Cambridge, UK: Polity Press; 2016.
70. Haines-Saah R, Hilario CT, Jenkins EK, Ng CKY, Johnson JL. Understanding adolescent narratives about “bullying” through an intersectional lens: Implications for youth mental health interventions. *Youth Soc [Internet].* 2018;50(5):636–58. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc15&NEWS=N&AN=2018-27319-004>.
71. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *u Chi Leg f.* 1989;139.
72. Hill Collins P, Bilge SS. Intersectionality. Key Concepts Series. Cambridge. Cambridge, UK: Polity Press; 2016.
73. Bowleg L. The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. *Am J Public Health.* 2012;102(7):1267–73.
74. Ford CL, Airhihenbuwa CO. Critical race theory, race equity, and public health: Toward antiracism praxis. Vol. 100, *American Journal of Public Health.* 2010.
75. Eakin JM. Educating Critical Qualitative Health Researchers in the Land of the Randomized Controlled Trial. *Qual Inq.* 2016;22(2).
76. Mays N, Pope C. Quality in qualitative research. In: *Qualitative Research in Health Care.* 2019.
77. Dobbins M. Rapid Review Guidebook: Steps for conducting a rapid review. *Natl Collab Cent Method Tools.* 2017;
78. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. Vol. 20, *Current Psychiatry Reports.* 2018.
79. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(4):392–407.
80. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: A review of the evidence. Vol. 30, *European Journal of Psychiatry.* 2016.
81. Compton MT, Shim RS. The social determinants of mental health clinical synthesis. *Focus (Madison).* 2015;13(4).
82. Centre GIPN. Approches axées sur les forces en matière de recherche sur les Autochtones et élaboration d'indicateurs de bien-être [Internet]. Ottawa, Ont.; 2020. PDF téléchargeable à partir du lien : https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA-FR_v2.pdf.
83. Gouvernement du Canada. Mesurer ce qui importe : Vers une stratégie sur la qualité de vie pour le Canada [Internet]. Ottawa, Ont.; 2021. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/ministere-finances/services/publications/mesurer-ce-qui-importe-vers-strategie-qualite-vie-canada.html.
84. OCDE. L'initiative du vivre mieux : mesurer le bien-être et le progrès [Internet]. 2020. Consultable en ligne à la page : www.oecd.org/fr/wise/initiative-vivre-mieux.htm#:~:text=%C3%A9gard%20%3F%20Mesurons%2Dnous,-les,-bons%20param%C3%A8tres%20%3F%20L%E2%80%99Initiative Initiative du vivre mieux de l'OCDE et le programme de travail, comment susciter plus de progrès pour tous.

85. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les principales inégalités en santé au Canada: un portrait national [Internet]. Ottawa, Ont.; 2018. PDF téléchargeable à partir du lien : www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/key_health_inequalities_full_report-fra.pdf.
86. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) [Internet]. 2023 [Consultation le 6 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/>.
87. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Quel est l'état de santé des personnes au Canada? Un tableau de bord des indicateurs. [Internet]. 2023 [Consultation le 6 octobre 2023]. Consultable en ligne à la page : <https://sante-infobase.canada.ca/tableau-de-bord-sur-la-sante-des-personnes-au-canada/>.
88. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada. Une initiative conjointe de l'Agence de la santé publique du Canada, du Réseau pancanadien de santé publique, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé [Internet]. [Consultation le 6 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/>.
89. Goel V, Rosella LC, Fu L, Alberga A. The relationship between life satisfaction and healthcare utilization: A longitudinal study. *Am J Prev Med.* 2018;55(2).
90. Rosella LC, Fu L, Buajitti E, Goel V. Death and Chronic Disease Risk Associated with Poor Life Satisfaction: A Population-Based Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2019;188(2).
91. Findlay L, Arim R. Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19. Statistique Canada. 2020.
92. Helliwell JF, Schellenberg G, Fonberg J. Satisfactions à l'égard de la vie au Canada avant et pendant la pandémie de COVID-19. Direction des études analytiques : documents de recherche. 2020;(11).
93. Akinin LB, De Neve JE, Dunn EW, Fancourt DE, Goldberg E, Helliwell JF, et al. Mental Health During the First Year of the COVID-19 Pandemic: A Review and Recommendations for Moving Forward. *Perspect Psychol Sci.* 2022;17(4).
94. OCDE. Votre Indicateur Du Vivre Mieux: Canada [Internet]. 2023 [Consultation le 26 septembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.oecdbetterlifeindex.org/fr/countries/canada-fr/.
95. OCDE. Comment va la vie ? 2020: mesurer le bien-être. Éditions OCDE. 2020.
96. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry.* 2018 Apr 1;5(4):357–69.
97. Ribeiro WS, Bauer A, Andrade MCR, York-Smith M, Pan PM, Pingani L, et al. Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2017 Jul 1;4(7):554–62.
98. Vanzella-Yang A, Veenstra G. Social mobility and mental health in Canada. *Can J Public Heal* [Internet]. 2023; Consultable en ligne à la page : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37801229/>.
99. Levesque AR, MacDonald S, Berg SA, Reka R. Assessing the Impact of Changes in Household Socioeconomic Status on the Health of Children and Adolescents: A Systematic Review. Vol. 6, *Adolescent Research Review.* 2021.
100. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* (80-) [Internet]. 11 déc. 2020 [Consultation le 23 août 2023];370(6522). Consultable en ligne à la page : www.science.org/doi/10.1126/science.aay0214.
101. Thomson RM, Igelström E, Purba AK, Shimonovich M, Thomson H, McCartney G, et al. How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal.* 2022 Jun 1;7(6):e515–28.
102. Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry.* 2018;17(1):76–89.
103. Pickett KE, Wilkinson RG. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry.* 2018;197(6):426–8.
104. Tarasuk V, Li T, Fafard St-Germain A. Insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2021 [Internet]. Toronto; 2022. Consultable en ligne à la page : <https://proof.ututoronto.ca/>.
105. Shafiee M, Vatanparast H, Janzen B, Serahati S, Keshavarz P, Jandaghi P, et al. Household food insecurity is associated with depressive symptoms in the Canadian adult population. *J Affect Disord.* 15 janv. 2021;279:563–71.
106. Men F, Elgar FJ, Tarasuk V. Food insecurity is associated with mental health problems among Canadian youth. *J Epidemiol Community Heal* [Internet]. 1er août 2021 [Consultation le 23 août 2023];75(8):741–8. Consultable en ligne à la page : <https://jech.bmj.com/content/75/8/741>.
107. Polsky JY, Gilmour H. Food insecurity and mental health during the COVID-19 pandemic [Internet]. Déc. 2020 [Consultation le 23 août 2023]. Consultable en ligne à la page : www.doi.org/10.25318/82-003-x202001200001-eng.
108. Commission CDP. Le logement est un droit de la personne [Internet]. 2019. Consultable en ligne à la page : www.chrc-ccdp.gc.ca/fr/node/717.
109. Statistique Canada. Besoins impérieux en matière de logement au Canada [Internet]. 2022 [Consultation le 24 août 2023]. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022056-fra.htm.
110. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2019 Aug 1;57(2):262–72.
111. S.A. K, G. V, T. K, D. B, D. H, I. M, et al. The role of gender in housing for individuals with severe mental illness: A qualitative study of the Canadian service context. *BMJ Open* [Internet]. 2013;3(6):e002914. Consultable en ligne à la page : <http://bmjopen.bmj.com/content/3/6/e002914.full.pdf+html>.

112. Statistique Canada. Le Quotidien. 2021 [Consultation le 6 février 2024]. Le cinquième des Canadiens ayant une incapacité liée à la santé mentale a des besoins impérieux en matière de logement. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210128/dq210128d-fra.htm.
113. Strobel S, Burcul I, Dai JH, Ma Z, Jamani S, Hossain R. Characterizing people experiencing homelessness and trends in homelessness using population-level emergency department visit data in Ontario, Canada. Ottawa; 2021 Jan.
114. Gouvernement du Canada. Tout le monde compte 2020-2022 : Rapport préliminaire sur les faits saillants. 2023.
115. Palepu A, Hubley AM, Russell LB, Gadermann AM, Chinni M. Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: A multi-site focus group study. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10.
116. Monari E, Booth R, Harerimana B, Forchuk C. The Experiences of Migration among Homeless Male and Female Psychiatric Survivors. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2020;41(6):467–75. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med18&NEWS=N&AN=32356675>.
117. Statistique Canada. Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021 [Internet]. 2022 [Consultation le 24 août 2023]. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016010-fra.htm.
118. Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 - Les déterminants sociaux de la santé des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012 [Internet]. 2016. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016010-fra.htm.
119. Brandon J, Peters E. Moving to the City: Housing and Aboriginal Migration to Winnipeg [Internet]. Winnipeg; 2014. Consultable en ligne à la page : https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba%20Office/2014/12/Aboriginal_Migration.pdf.
120. Atkey J, Chau L, Falvo N, Flynn A, Gurstein P, Jones C, et al. The Municipal Role in Housing. 2022.
121. Mason KE, Baker E, Blakely T, Bentley RJ. Housing affordability and mental health: Does the relationship differ for renters and home purchasers? *Soc Sci Med* [Internet]. 2013;94:91–7. Consultable en ligne à la page : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613003547?via%3Dihub.
122. Giannoni M, Grignon M. Food insecurity, home ownership and income-related equity in dental care use and access: the case of Canada. *BMC Public Health*. 2022;22(1).
123. Dhunna S, Tarasuk V. Black–white racial disparities in household food insecurity from 2005 to 2014, Canada. *Can J Public Heal*. 2021;112(5).
124. Van Der Noordt M, Ijzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. 2014 [Consultation le 24 août 2023]; Consultable en ligne à la page : <http://dx.doi.org/10.1136/>.
125. Amiri S. Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1080/1080354820211954793>. 2021;28(4):2080–92.
126. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2016 May 1 [Consultation le 24 août 2023];89(4):561–73. Consultable en ligne à la page : <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-015-1107-1>.
127. Norström F, Virtanen P, Hammarström A, Gustafsson PE, Janlert U. How does unemployment affect self-Assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health* [Internet]. 22 déc. 2014 [Consultation le 2023 Aug 24];14(1):1–13. Consultable en ligne à la page : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1310>.
128. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville J, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systemic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med* [Internet]. 17AD;74:301–10. Consultable en ligne à la page : <https://oem.bmj.com/content/oemed/74/4/301.full.pdf>.
129. ACSM. Mettre fin à la disparité en santé au Canada. 2018.
130. Wayne L, Michelynn L. Precarious Employment and Social Outcomes. *Just Labour*. 2014;
131. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. L'emploi : un déterminant social de la santé des Premières Nations, Inuits et Métis [Internet]. 2017. Consultable en ligne à la page : www.ccnas-nccah.ca/docs/determinants/FS-Employment-SDOH-2017-FR.pdf.
132. George U, Thomson MS, Chaze F, Guruge S. Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2015;12(10):13624–48. Consultable en ligne à la page : www.mdpi.com/1660-4601/12/10/13624.
133. Premji S, Shakya Y. Pathways between under/unemployment and health among racialized immigrant women in Toronto. *Ethn Heal*. 2017;22(1).
134. Hilario CT, Oliffe JL, Wong JP, Browne AJ, Johnson JL. “Just as Canadian as Anyone Else”? Experiences of Second-Class Citizenship and the Mental Health of Young Immigrant and Refugee Men in Canada. *Am J Mens Health* [Internet]. 2018;12(2):210–20. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med15&NEWS=N&AN=29183223>.
135. Premji S. “It’s Totally Destroyed Our Life”: Exploring the Pathways and Mechanisms Between Precarious Employment and Health and Well-being Among Immigrant Men and Women in Toronto. *Int J Heal Serv*. 2018;48(1).
136. Creese G, Wiebe B. “Survival Employment”: Gender and Deskillling among African Immigrants in Canada. *Int Migr* [Internet]. 2012;50(5):56–76. Consultable en ligne à la page : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-2435.2009.00531.x>.

137. Grant PR, Nadin S. The Credentialing Problems of Foreign Trained Personnel from Asia and Africa Intending to Make their Home in Canada: A Social Psychological Perspective. *J Int Migr Integr* [Internet]. 2007;8:141–62. Consultable en ligne à la page : <https://link.springer.com/article/10.1007/s12134-007-0011-2>.
138. Patel A, Dean J, Edge S, Wilson K, Ghassemi E. Double Burden of Rural Migration in Canada? Considering the Social Determinants of Health Related to Immigrant Settlement Outside the Cosmopolis. *Int J Environ Res Public Heal* [Internet]. 2019;16(5):678. Consultable en ligne à la page : www.mdpi.com/1660-4601/16/5/678.
139. Ramjattan VA. Racializing the problem of and solution to foreign accent in business. *Appl Linguist Rev* [Internet]. 2019;13(4):527–44. Consultable en ligne à la page : www.degruyter.com/document/doi/10.1515/applirev-2019-0058/html.
140. Houle R, Yssaad L. Recognition of newcomers' foreign credentials and work experience. *Perspect Labour Income*. 2010;11(9).
141. Guo Y. Racializing immigrant professionals in an employment preparation ESL program. *Cult Pedagog Inq* [Internet]. 2009;1(2). Consultable en ligne à la page : <https://journals.library.ualberta.ca/cpi/index.php/cpi/article/view/7119>.
142. Gouvernement du Canada. Classification nationale des professions [Internet]. 2021. Consultable en ligne à la page : <https://noc.esdc.gc.ca/LesVersions/VersionsBienvenue>.
143. Statistique Canada. Les répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail canadien [Internet]. Ottawa, Ont.; 2020. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2020028-fra.htm.
144. Ghabrial MA, Scheim AI, Chih C, Santos H, Adams NJ, Bauer GR. Change in Finances, Peer Access, and Mental Health Among Trans and Nonbinary People During the COVID-19 Pandemic. *LGBT Heal*. 2023;
145. Egale. « Je ne sais pas combien de temps je peux encore tenir » : les répercussions de la pandémie sur le logement, le revenu, l'insécurité alimentaire et la santé mentale chez les personnes 2SLGBTQI [Internet]. 2023. PDF téléchargeable à partir du lien : <https://egale.ca/wp-content/uploads/2023/09/FR-QMH-Data-Brief-1.pdf>.
146. Haw C, Hawton K, Gunnell D, Platt S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2014;61(1). Consultable en ligne à la page : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764014536545>.
147. Volkos P, Symvoulakis E. Impact of financial crisis on mental health: A literature review 'puzzling' findings from several countries. *International J Soc Psychiatry* [Internet]. 2021;67(7). Consultable en ligne à la page : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00207640211011205?journalCode=ispa>.
148. Gouvernement du Canada. Inégalités dans la santé mentale chez les adultes avant et pendant la pandémie de COVID-19 : résumé [Internet]. Ottawa, Ont.; 2022. Consultable en ligne à la page : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/inegalites-sante-mentale/resume.html>.
149. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, Richardson C, Thomson KC, McGuinness L, et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2021;145. Consultable en ligne à la page : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743520303649.
150. Capaldi CA, Liu L, Ooi LL, Roberts KC. At-a-glance – Self-rated mental health, community belonging, life satisfaction and perceived change in mental health among adults during the second and third waves of the COVID-19 pandemic in Canada. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada* [Internet]. 2022;42(5):218–25. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-42-no-5-2022/self-rated-mental-health-community-belonging-life-satisfaction-perceived-change-mental-health.
151. Pongou R, Ahinkorah BO, Maltais S, Mabeu MC, Agarwal A, Yaya S. Psychological distress during the COVID-19 pandemic in Canada. *PLoS One*. 2022;17(Consultation le 11 novembre).
152. Virgolino A, Costa J, Santos O, Pereira ME, Antunes R, Ambrosio S, et al. Lost in transition: a systematic review of the association between unemployment and mental health. *J Ment Heal* [Internet]. 2022;31(3):432–44. Consultable en ligne à la page : www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638237.2021.2022615.
153. Commission canadienne des droits de la personne. Qu'est-ce que la discrimination? [Internet]. 2023 [Consultation le 19 décembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.chrc-ccdp.gc.ca/fr/droits-de-la-personne/quest-ce-que-la-discrimination.
154. Statistique Canada. Cadre de qualité de vie pour le Canada [Internet]. 2022 [Consultation le 18 décembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www160.statcan.gc.ca/about-appropos-fra.htm.
155. Harnois CE, Bastos JL, Shariff-Marco S. Intersectionality, Contextual Specificity, and Everyday Discrimination: Assessing the Difficulty Associated With Identifying a Main Reason for Discrimination Among Racial/Ethnic Minority Respondents. *Sociol Methods Res*. 2022;51(3).
156. Vargas SM, Huey SJ, Miranda J. A critical review of current evidence on multiple types of discrimination and mental health. *Am J Orthopsychiatry*. 2020;90(3).
157. Williams MT, Khanna Roy A, MacIntyre MP, Faber S. The Traumatizing Impact of Racism in Canadians of Colour. Vol. 8, *Current Trauma Reports*. 2022.
158. Mooten N. Racisme, discrimination et travailleurs migrants au Canada : éléments de preuve tirés des études sur le sujet [Internet]. Ottawa, Ont.; 2021. PDF téléchargeable à partir du lien : www.canada.ca/content/dam/ircc/documents/pdf/francais/organisation/rapports-statistiques/research/racism/r8-2020-racism-fra.pdf.
159. Williams DR, Mohammed SA. Racism and health I: Pathways and scientific evidence. *Am Behav Sci*. 2013;57(8):1152–73.

160. Braveman PA, Arkin E, Proctor D, Kauh T, Holm N. Systemic And Structural Racism: Definitions, Examples, Health Damages, And Approaches To Dismantling: Study examines definitions, examples, health damages, and dismantling systemic and structural racism. *Health Aff.* 2022;41(2):171–8.
161. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Heal Serv.* 2014;44(4):643–710.
162. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(9):e0138511.
163. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017;389(10077):1453–63.
164. Cénat JM. Complex Racial Trauma: Evidence, Theory, Assessment, and Treatment. *Perspect Psychol Sci.* 2023;18(3).
165. Phelan JC, Link BG. Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? *Annu Rev Sociol.* 2015;41.
166. Cénat JM, Kogan C, Noorishad PG, Hajizadeh S, Dalexis RD, Ndengeyingoma A, et al. Prevalence and correlates of depression among Black individuals in Canada: The major role of everyday racial discrimination. *Depress Anxiety.* 2021;38(9).
167. Salami B, Idi Y, Anyieth Y, Cyuzuzo L, Denga B, Alaazi D, et al. Factors that contribute to the mental health of Black youth. *C Can Med Assoc J.* 2022;194(41).
168. Suleman S, Garber KD, Rutkow L. Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *J Public Health Policy.* 2018;39:407–23.
169. Commission ontarienne des droits de la personne. Commission ontarienne des droits de la personne: xénophobie [Internet]. 2023 [Consultation le 18 décembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-discrimination-fond%C3%A9-sur-la-croyance/3-toile-de-fond#:~:text=le%20racisme%20et,.la%20x%C3%A9nophobie,-ont%20%C3%A9galement%20pris fait référence aux « attitudes %2C préjugés et, %2C la société ou l'identité nationale ».
170. Walks RA, Bourne LS. Ghettos in Canada's cities? Racial segregation, ethnic enclaves and poverty concentration in Canadian urban areas. *Can Geogr.* 2006;50(3).
171. Hodge DR, Limb GE, Cross TL. Moving from colonization toward balance and harmony: A native American perspective on wellness. *Soc Work.* 2009;54(3).
172. Allan B, Smylie J. First Peoples, Second Class Treatment. First Peoples, Second CI Treat Role Racism Heal Well-being Indig Peoples Canada. 2015;
173. Woolford A. DISCIPLINE, TERRITORY, AND THE COLONIAL MESH: Colon Genocide Indig North Am. 2021 May 12;29–48.
174. Dussault R, Erasmus G. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. 1996.
175. Waldram JB, Herring A, Young TK. Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives. University of Toronto Press; 2006.
176. Gouvernement du Canada. Les Premières Nations au Canada [Internet]. 2017 [Consultation le 2023 Sep 22]. Consultable en ligne à la page : www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1307460755710/1536862806124.
177. Wheeler W. Colonialism and First Nations Women. In: Dua E, Roberts A, editors. *Scratching the Surface: Canadian Anti-Racist Feminist Thought*. Toronto: Women's Press; 1999. p. 49–80.
178. Luby B, Labelle K. "The New Generation": Cooperative Education at the Day School on Dalles 38C Indian Reserve, 1890-1910. *Ont Hist* [Internet]. Oct. 2015 [Consultation le 19 décembre 2023];107(1):88–110. Consultable en ligne à la page : <https://id.erudit.org/iderudit/1050680ar>.
179. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Les survivants s'expriment : un rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Commission de vérité et réconciliation du Canada. 2015;
180. Gouvernement du Canada. Présentation des excuses pour la réinstallation d'Inuit dans l'Extrême Arctique [Internet]. 2010 [Consultation le 19 décembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100016115/1534786491628.
181. Tester FJ. Mad dogs and (mostly) Englishmen: Colonial relations, commodities, and the fate of Inuit sled dogs. *Études/Inuit/Studies.* 2011;34(2).
182. Gouvernement du Canada. Le gouvernement du Canada présente ses excuses aux Inuits du Qikiqtani [Internet]. 2019 [Consultation le 19 décembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1565717416770/1565717444492.
183. Olofsson E, Holton TL, Partridge I "Jacob." Negotiating identities: Inuit tuberculosis evacuees in the 1940s-1950s. *Études/Inuit/Studies.* 2009;32(2).
184. Auger MD. "We need to not be footnotes anymore": understanding Metis people's experiences with mental health and wellness in British Columbia, Canada. *Public Health* [Internet]. 2019;176:92–7. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med16&NEWS=N&AN=30678887>.
185. Logan T. Settler colonialism in Canada and the Métis. *J Genocide Res* [Internet]. 2015 Oct 2 [Consultation le 9 février 2024];17(4):433–52. Consultable à la page : www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14623528.2015.1096589.
186. The Aboriginal Healing Foundation. Métis History and Experience and Residential Schools in Canada. Education. 2006.
187. A. B, K. M, H. A. The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcult Psychiatry.* 2014;51(3).
188. Hunt B, Wilson CL, Fauzia G, Mazhar F. The Muslimah Project: A Collaborative Inquiry into Discrimination and Muslim Women's Mental Health in a Canadian Context. *Am J Community Psychol.* 2020;66(3–4).
189. Wilkins-Laflamme S. Islamophobia in Canada: Measuring the realities of negative attitudes toward Muslims and religious discrimination. *Can Rev Sociol Can Sociol.* 2018;55(1):86–110.

190. Gouvernement du Canada. Héritage Canada. 2024 [Consultation le 19 juillet 2024]. Changer les systèmes pour transformer des vies : la stratégie canadienne de lutte contre le racisme 2024-2028. Consultable à la page : www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/lutte-racisme-discrimination/strategie-canadienne-lutte-racisme.html.
191. Razack S. *Looking White People in the Eye: Gender, Race and Culture in the Courtroom and Classrooms*. Toronto, Canada: University of Toronto Press; 1998. 1–205 p.
192. Statistique Canada. Tableau 35-10-0066-01 Crimes haineux déclarés par la police, selon le type de motif, Canada (certains services de police). 2023.
193. Mamdani M. Good Muslim, bad Muslim: A political perspective on culture and terrorism. *Am Anthropol*. 2002;104(3):766–75.
194. Woodlock R. Identity and Islamophobia: An Australian Investigation. Fear Muslims? *Int Perspect Islam*. 2016;131–51.
195. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le racisme et l'équité en santé : parlons-en*. Antigonish, Nouvelle-Écosse; 2017.
196. Law S, Andermann L, Chow W, Luo XW, Wang X. Experiences of Family Burden in Caring for the Severely Mentally Ill in a Foreign Land: A Qualitative Study of Chinese Immigrant Families in Toronto, Canada. *Transcult Psychiatry*. 2021;58(6).
197. O'Mahony JM, Donnelly TT. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2013;20(8):714–25. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med10&NEWS=N&AN=22962942>.
198. Whitehead M, Dahlgren G, Whitehead M, WHO. Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1. *World Heal Organ*. 2007;(2).
199. Aguinaldo JP. The social construction of gay oppression as a determinant of gay men's health: 'Homophobia is killing us.' *Crit Public Health*. 2008;18(1):87–96.
200. Kitzinger C. Sexualities. In: *Handbook of the psychology of women and gender*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2001. p. 272–85.
201. Jaffray B. Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d'une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018. *Juristat Centre canadien de la statistique juridique*. 2020;1–29.
202. Oliffe JL, Kelly MT, Montaner GG, Links PS, Kealy D, Ogrodniczuk JS. Segmenting or summing the parts? A scoping review of male suicide research in Canada. *Can J Psychiatry*. 2021;66(5):433–45.
203. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum*. 1989;139:139–67.
204. Dhamoon RK. Considerations on mainstreaming intersectionality. *Polit Res Q* [Internet]. 2011 Sep 22;64(1):230–43. Consultable en ligne à la page : <https://doi.org/10.1177/1065912910379227>.
205. Hancock AM. When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspect Polit*. 2007;5(1):63–79.
206. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Vol. 129, *Psychological Bulletin*. 2003. p. 674–97.
207. Kinitz DJ, Goodyear T, Dromer E, Gesink D, Ferlatte O, Knight R, et al. "Conversion Therapy" Experiences in Their Social Contexts: A Qualitative Study of Sexual Orientation and Gender Identity and Expression Change Efforts in Canada. *Can J Psychiatry*. 2022;67(6).
208. Statistique Canada. Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés (ESEPP) [Internet]. 2019 [Consultation le 18 décembre 2023]. Consultable en ligne à la page : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5256.
209. Lewis NM. Rupture, resilience, and risk: Relationships between mental health and migration among gay-identified men in North America. *Heal Place*. 2014;27.
210. Logie CH, Lys C, ice L, Dias L, Schott N, Zouboules MR, et al. "Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination": Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2019;27(5):1204–13. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc16&NEWS=N&AN=2019-21510-001>.
211. Creighton GM, Oliffe JL, Broom A, Rossnagel E, Ferlatte O, Darroch F. "I Never Saw a Future": Childhood Trauma and Suicidality Among Sexual Minority Women. *Qual Health Res* [Internet]. 2019;29(14):2035–47. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med16&NEWS=N&AN=31030661>.
212. Lyons T, Shannon K, Pierre L, Small W, Krusi A, Kerr T. A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: Stigma and inclusivity. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2015;10. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc12&NEWS=N&AN=2015-22853-001>.
213. Handlovsky I, Bungay V, Oliffe J, Johnson J. Developing Resilience: Gay Men's Response to Systemic Discrimination. *Am J Mens Health*. 2018;12(5).
214. Lewis NM. Moving "out," moving on: Gay men's migrations through the life course. *Ann Assoc Am Geogr*. 2014;104(2):225–33.
215. Parmenter J, Galliher R V., Maughan ADA. LGBTQ+ emerging adults perceptions of discrimination and exclusion within the LGBTQ+ community. *Psychol Sex*. 2021;12(4):289–304.
216. Weiss J. GL vs. BT: The Archaeology of Biphobia and Transphobia Within the U.S. Gay and Lesbian Community. In: *Bisexuality and Transgenderism*. 2004. p. 31.
217. Colliver B. Re-imagining Hate Crime. 2021. 223 p.
218. Mulick P, Wright Jr. L. Examining the Existence of Biphobia in the Heterosexual and Homosexual Populations. *J Bisex*. 2002;2(4):45–64.

219. Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay JM, Hawkins BW, Fehr CP. Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 55, *Journal of Sex Research*. 2018.
220. Tebbe EA, Budge SL. Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. Vol. 1, *Nature Reviews Psychology*. 2022.
221. Holt MK, Parodi KB, Elgar FJ, Vigna A, Moore LB, Koenig B. Identifying protective factors for gender diverse adolescents' mental health. *npj Ment Heal Res*. 2023;2(1).
222. Mizock L, Woodrum D, Riley J, Sotilleo E, Yuen N, Ormerod A. Coping with transphobia in employment: Strategies used by transgender and gender-diverse people in the United States. *Int J Transgenderism*. 2017;18(3):282–94.
223. Ooi LL, Liu L, Roberts KC, Gariépy G, Capaldi CA. Social isolation, loneliness and positive mental health among older adults in Canada during the COVID-19 pandemic. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada*. 2023;43(4).
224. World Health Organization. Social Isolation and Loneliness [Internet]. 2023 [Consultation le 17 janvier 2024]. Consultable en ligne à la page : www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness.
225. Statistique Canada. Le Quotidien. 2022 [Consultation le 17 janvier 2024]. Seul chez soi : Le nombre de personnes vivant seules est plus élevé que jamais, mais les colocataires sont le type de ménage qui connaît la plus forte croissance. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220713/dq220713a-fra.htm.
226. US Public Health Service. Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community [Internet]. 2023. PDF téléchargeable à partir du lien : www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf.
227. Michalski CA, Diemert LM, Helliwell JF, Goel V, Rosella LC. Relationship between sense of community belonging and self-rated health across life stages. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2020;12. Consultable en ligne à la page : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235282732030313X.
228. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Lee-Foon N, Ryan S, Ramsay H. "It's for us - newcomers, LGBTQ persons, and HIV-positive persons. You feel free to be": A qualitative study exploring social support group participation among African and Caribbean lesbian, gay, bisexual and transgender newcomers and refugees in Toronto, Canada. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16(1).
229. Association canadienne pour la santé mentale. Pour se sentir bien, il faut se sentir à sa place [Internet]. 2021. Consultable en ligne à la page : <https://cmha.ca/fr/news/pour-se-sentir-bien-il-faut-se-sentir-a-sa-place/>.
230. Sherman ADF, Clark KD, Robinson K, Noorani T, Poteat T. Trans* Community Connection, Health, and Wellbeing: A Systematic Review. Vol. 7, *LGBT Health*. 2020.
231. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* [Internet]. 2000;51(6):843–57. Consultable en ligne à la page : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10972429/>.
232. Statistique Canada. Près de la moitié des Canadiens déclarent avoir un fort sentiment d'appartenance à leur collectivité locale [Internet]. Ottawa, Ont.; 2022. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220819/dq220819b-fra.pdf?st=-_5l6s2q.
233. Salami B, Salma J, Hegadoren K, Meherali S, Kolawole T, Diaz E. Sense of community belonging among immigrants: Perspective of immigrant service providers. *Public Health* [Internet]. 2019;167:28–33. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc16&NEWS=N&AN=2019-08551-006>.
234. Kitchen P, Williams AM, Gallina M. Sense of belonging to local community in small-to-medium sized Canadian urban areas: a comparison of immigrant and Canadian-born residents. *BMC Psychol* [Internet]. 2015;3. Consultable en ligne à la page : <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-015-0085-0>.
235. Pitt RS, Sherman J, Macdonald ME. Low-income working immigrant families in Quebec: Exploring their challenges to well-being. *Can J Public Heal* [Internet]. 2015;106:539–45. Consultable en ligne à la page : <https://link.springer.com/article/10.17269/CJPH.106.5028>.
236. Kim IH, Carrasco C, Muntaner C, McKenzie K, Noh S. Ethnicity and Postmigration Health Trajectory in New Immigrants to Canada. *Am J Public Health* [Internet]. 2013;103(4):96–104. Consultable en ligne à la page : <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.301185>.
237. Chadwick KA, Collins PA. Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: A mixed-methods analysis. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015;128:220–30. Consultable en ligne à la page : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615000623.
238. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Mobiliser la santé publique contre les changements climatiques au Canada: Rapport ACSP 2022. 2022.
239. Statistique Canada. Sentiment d'appartenance des immigrants au Canada par province de résidence [Internet]. 2023. Consultable en ligne à la page : www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/36-28-0001/2023006/article/00003-fra.pdf?st=9kUCmhAg.
240. Pilling M, Howison M, Frederick T, Ross L, Bellamy CD, Davidson L, et al. Fragmented inclusion: Community participation and lesbian, gay, bisexual, trans, and queer people with diagnoses of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2017;87(5):606–13. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med14&NEWS=N&AN=28253016>.

241. Ford JD, Berrang-Ford L, King M, Furgal C. Vulnerability of Aboriginal health systems in Canada to climate change. *Glob Environ Chang* [Internet]. 2010;20(4):668–80. Consultable en ligne à la page : <http://dx.doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2010.05.003>.
242. Dodd W, Scott P, Howard C, Scott C, Rose C, Cunsolo A, et al. Lived experience of a record wildfire season in the Northwest Territories, Canada. *Can J Public Heal*. 2018 Jun 1;109(3):327–37.
243. Gouvernement du Canada. Concepts relatifs aux changements climatiques [Internet]. Ottawa, Ont.; 2020. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/environnement-changement-climatique/services/changements-climatiques/centre-canadien-services-climatiques/essentiels/concepts.html.
244. Cunsolo AW, Harper SL, Ford JD, Edge VL, Landman K, Houle K, et al. Climate change and mental health: An exploratory case study from Rigolet, Nunatsiavut, Canada. *Clim Change*. 2013 Nov;121(2):255–70.
245. Santé Canada. La santé des Canadiens et des Canadiennes dans un climat en changement : faire progresser nos connaissances pour agir. 2022.
246. Cunsolo A, Borish D, Harper SL, Snook J, Shiwak I, Wood M. "You can never replace the caribou": Inuit Experiences of Ecological Grief from Caribou Declines. *Am Imago*. 2020 Mar 1;77(1):31–59.
247. Sawatzky A, Cunsolo A, Jones-Bitton A, Gillis D, Wood M, Flowers C, et al. "The best scientists are the people that's out there": Inuit-led integrated environment and health monitoring to respond to climate change in the Circumpolar North. *Clim Change*. 2020 May 1;160(1):45–66.
248. Middleton J, Cunsolo A, Jones-Bitton A, Shiwak I, Wood M, Pollock N, et al. "We're people of the snow." Weather, climate change, and Inuit mental wellness. *Soc Sci Med*. 2020 Oct 1;262.
249. Petrusek MacDonald J, Harper SL, Cunsolo Willox A, Edge VL. A necessary voice: Climate change and lived experiences of youth in Rigolet, Nunatsiavut, Canada. *Glob Environ Chang*. 2013 Feb;23(1):360–71.
250. Boulanger-Lapointe N, Gérin-Lajoie J, Siegwart Collier L, Desrosiers S, Spiech C, Henry GHR, et al. Berry Plants and Berry Picking in Inuit Nunangat: Traditions in a Changing Socio-Ecological Landscape. *Hum Ecol*. 2019 Feb 1;47(1):81–93.
251. Gilbert SZ, Walsh DE, Levy SN, Maksagak B, Milton MI, Ford JD, et al. Determinants, effects, and coping strategies for low-yield periods of harvest: a qualitative study in two communities in Nunavut, Canada. *Food Secur* [Internet]. 2021;13:157–79. Consultable en ligne à la page : <https://doi.org/10.1007/s12571-020-01112-0>.
252. Newell SL, Doubleday NC. Sharing country food: connecting health, food security and cultural continuity in Chesterfield Inlet, Nunavut. *Polar Res*. 2020 Dec 18;39.
253. Panikkar B, Lemmond B. Being on land and sea in troubled times: Climate change and food sovereignty in Nunavut. *Land*. 2020 Dec 1;9(12):1–18.
254. Sansoulet J, Therrien M, Delgove J, Pouxviel G, Desriac J, Sardet N, et al. An update on Inuit perceptions of their changing environment, Qikiqtaaluk (Baffin Island, Nunavut). *Elementa*. 2020 Nov 2;8(1).
255. Petrusek MacDonald J, Cunsolo Willox A, Ford JD, Shiwak I, Wood M, Wolfrey C, et al. Protective factors for mental health and well-being in a changing climate: Perspectives from Inuit youth in Nunatsiavut, Labrador. *Soc Sci Med*. 2015 Sep 1;141:133–41.
256. Cunsolo AW, Harper SL, Ford JD, Landman K, Houle K, Edge VL. "From this place and of this place." Climate change, sense of place, and health in Nunatsiavut, Canada. *Soc Sci Med*. 2012 Aug;75(3):538–47.
257. Cunsolo AW, Harper SL, Edge VL, Landman K, Houle K, Ford JD. The land enriches the soul: On climatic and environmental change, affect, and emotional health and well-being in Rigolet, Nunatsiavut, Canada. *Emot Sp Soc*. 2013 Feb;6(1):14–24.
258. Proverbs TA, Lantz TC, Lord SI, Amos A, Ban NC. Social-Ecological Determinants of Access to Fish and Well-Being in Four Gwich'in Communities in Canada's Northwest Territories. *Hum Ecol*. 2020 Apr 1;48(2):155–71.
259. Ironside A, Ferguson LJ, Katapally TR, Foulds HJA. Cultural connectedness as a determinant of physical activity among Indigenous adults in Saskatchewan. *Appl Physiol Nutr Metab* [Internet]. 2020 [Consultation le 7 septembre 2023];45(9):937–47. Consultable en ligne à la page : <https://cdnsciencepub.com/doi/10.1139/apnm-2019-0793>.
260. Snowshoe A, Crooks C V., Tremblay PF, Hinson RE. Cultural Connectedness and Its Relation to Mental Wellness for First Nations Youth. *J Prim Prev*. 2017;38(1–2).
261. Herkimer J, Earle M. The Importance of Indigenous Languages: An Investigation of Sense of Belonging and Mental Health Among Students and Non-Students [Internet]. 2022. Consultable en ligne à la page : <https://indspire.ca/wp-content/uploads/2023/03/The-Importance-of-Indigenous-Languages-An-Investigation-of-Sense-of-Belonging-and-Mental-Health-Among-Students-and-Non-Students-FINAL.pdf>.
262. Burnett C, Purkey E, Davison CM, Watson A, Kehoe J, Traviss S, et al. Spirituality, Community Belonging, and Mental Health Outcomes of Indigenous Peoples during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4).
263. Wilkinson RG, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé: Les faits deuxième édition [Internet]. 2004. Consultable en ligne à la page : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107343/9789289023702-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
264. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community. <https://dx.doi.org/10.1177/070674370004500702> [Internet]. 2000 Sep 1 [Consultation le 2023 Sep 7];45(7):607–16. Consultable en ligne à la page : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370004500702>.
265. Charles G, DeGagné M. Student-to-Student Abuse in the Indian Residential Schools in Canada: Setting the Stage for Further Understanding. <http://dx.doi.org/10.1080/0145935X2013859903> [Internet]. 2013 [Consultation le 7 septembre 2023];34(4):343–59. Consultable en ligne à la page : www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0145935X.2013.859903.
266. Greenwood M, de Leeuw S, Linday NM, Reading C. Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social. Toronto, ON: Canadian Scholars; 2015.

267. Cao L, Burton VS, Liu L. Correlates of Illicit Drug Use Among Indigenous Peoples in Canada: A Test of Social Support Theory. *Int J Offender Ther Comp Criminol* [Internet]. 2018 Oct 1 [Consultation le 7 septembre 2023];62(14):4510–27. Consultable en ligne à la page : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29484913/>.
268. Reading CL, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. 2009.
269. Spillane NS, Schick MR, Kirk-Provencher KT, Nalven T, Goldstein SC, Crawford MC, et al. Trauma and Substance Use among Indigenous Peoples of the United States and Canada: A Scoping Review. <https://doi.org/10.1177/15248380221126184> [Internet]. 2022 Oct 5 [Consultation le 8 septembre 2023]; Consultable en ligne à la page : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248380221126184>
270. Tousignant M, Sioui N. Resilience and Aboriginal Communities in Crisis: Theory and Interventions. *Int J Indig Heal* [Internet]. 2009 [Consultation le 2023 Sep 8];5(1):43–61. Consultable en ligne à la page : <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/28977>.
271. Parker L, Jamous M, Marek R, Camacho C. Traditions and innovations: a community-based approach to substance abuse prevention. *R I Med J* [Internet]. 1991 Jun 1 [Consultation le 8 septembre 2023];74(6):281–6. Consultable en ligne à la page : <https://europepmc.org/article/med/1887191>.
272. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. Vol. 391, *The Lancet*. 2018.
273. Bartram M, Leslie K, Atanackovic J, Tulk C, Chamberland-Rowe C, Bourgeault IL. Out from the shadows: What health leaders should do to advance the mental health and substance use health workforce. *Healthc Manag Forum*. 2023;36(1).
274. ACSM. Budget de 2023 : en total décalage avec la crise de la santé mentale. 2023.
275. Lang K, El-Aneed A, Berenbaum S, Dell CA, Wright J, McKay ZT. Qualitative assessment of crisis services among persons using injection drugs in the city of Saskatoon. *J Subst Use* [Internet]. 2013;18(1):3–11. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc10&NEWS=N&AN=2013-03222-002>.
276. Luongo NM. Disappearing in plain sight: An exploratory study of co-occurring eating and substance abuse dis/orders among homeless youth in Vancouver, Canada. *Womens Stud Int Forum* [Internet]. 2018;67:38–44. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc15&NEWS=N&AN=2018-12354-007>.
277. McCutcheon JM, Morrison MA. Injecting on the Island: A qualitative exploration of the service needs of persons who inject drugs in Prince Edward Island, Canada. *Harm Reduct J*. 2014;11(1).
278. Ross LE, Vigod S, Wishart J, Waese M, Spence JD, Oliver J, et al. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015;16:135. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med12&NEWS=N&AN=26463083>.
279. Voon P, Greer AM, Amlani A, Newman C, Burmeister C, Buxton JA. Pain as a risk factor for substance use: A qualitative study of people who use drugs in British Columbia, Canada. *Harm Reduct J*. 2018;15(1).
280. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis [Internet]. 2019. PDF téléchargeable à partir du lien : www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf.
281. Oliffe JL, Broom A, Popa M, Jenkins EK, Rice SM, Ferlatte O, et al. Unpacking Social Isolation in Men's Suicidality. *Qual Health Res*. 2019;29(3).
282. Boyd J, Fast D, Hobbins M, McNeil R, Small W. Social-structural factors influencing periods of injection cessation among marginalized youth who inject drugs in Vancouver, Canada: An ethno-epidemiological study. *Harm Reduct J*. 2017;14(1).
283. Caragata L, Liegghio M. Mental Health, Welfare Reliance, and Lone Motherhood. *Can J Community Ment Heal* [Internet]. 2013;32(1):95–107. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc10&NEWS=N&AN=2014-03019-007>.
284. Bungay V. Health care among street-involved women: The perpetuation of health inequity. *Qual Health Res*. 2013;23(8).
285. Islam F, Multani A, Hynie M, Shakya Y, McKenzie K. Mental health of South Asian youth in Peel Region, Toronto, Canada: a qualitative study of determinants, coping strategies and service access. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(11):e018265. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med14&NEWS=N&AN=29101148>.
286. Gaspar M, Marshall Z, Rodrigues R, Adam BD, Brennan DJ, Hart TA, et al. Mental health and structural harm: a qualitative study of sexual minority men's experiences of mental healthcare in Toronto, Canada. *Cult Heal Sex* [Internet]. 2021;23(1):98–114. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med19&NEWS=N&AN=31794349>.
287. Kerman N, Manoni-Millar S, Cormier L, Cahill T, Sylvestre J. "It's not just injecting drugs": Supervised consumption sites and the social determinants of health. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2020;213. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc17&NEWS=N&AN=2020-54702-001>.
288. Torchalla I, Linden IA, Strehlau V, Neilson EK, Krausz M. "Like a lot happened with my whole childhood": Violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver's Downtown Eastside": Erratum. *Harm Reduct J* [Internet]. 2017;14. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc14&NEWS=N&AN=2017-42462-001>.
289. Taylor P. System Entrapment: Dehumanization While Help-Seeking for Suicidality in Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Qual Health Res* [Internet]. 2020;30(4):530–46. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med18&NEWS=N&AN=31303117>.

290. Furlotte C, Schwartz K. Mental Health Experiences of Older Adults Living with HIV: Uncertainty, Stigma, and Approaches to Resilience. *Can J Aging* [Internet]. 2017;36(2):125–40. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med14&NEWS=N&AN=28349859>.
291. Gouvernement du Canada. Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique. 2023 [Consultation 7 février 2024]. Définitions communes en matière de sécurité culturelle : Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/forum-professionnels-sante-administratrice-chef-sante-publique-definitions-communes-matiere-securite-culturelle.html.
292. Baba L. Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis: état des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé [Internet]. Prince George, C.-B.; 2013. PDF téléchargeable à partir du lien : www.ccsna-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-FR.pdf.
293. Reynolds K, Medved M, Mackenzie CS, Funk LM, Koven L. Older Adults' Narratives of Seeking Mental Health Treatment: Making Sense of Mental Health Challenges and "Muddling Through" to Care. *Qual Health Res* [Internet]. 2020;30(10):1517–28. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med19&NEWS=N&AN=32452302>.
294. Gilmer C, Buccieri K. Homeless Patients Associate Clinician Bias With Suboptimal Care for Mental Illness, Addictions, and Chronic Pain. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 2020;11:2150132720910289. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med18&NEWS=N&AN=32133906>.
295. Boyd J, Collins A, ra B, Mayer S, Maher L, Kerr T, et al. Gendered violence and overdose prevention sites: a rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Addiction* [Internet]. 2018;113(12):2261–70. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med15&NEWS=N&AN=30211453>.
296. Salami B, Denga B, Taylor R, Ajayi N, Jackson M, Asefaw M, et al. Access to mental health for Black youths in Alberta. *Heal Promot chronic Dis Prev Canada Res policy Pract* [Internet]. 2021;41(9):245–53. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med19&NEWS=N&AN=34549916>.
297. Boyd J, Lavalley J, Czechaczek S, ra, Mayer S, Kerr T, et al. "Bed Bugs and Beyond": An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;78:102733. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med19&NEWS=N&AN=32247720>.
298. Collins A, ra B, Boyd J, Hayashi K, Cooper HLF, Goldenberg S, et al. Women's utilization of housing-based overdose prevention sites in Vancouver, Canada: An ethnographic study. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;76:102641. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med19&NEWS=N&AN=31887644>.
299. Ivsins A, Yake K. Looking beyond harm: Meaning and purpose of substance use in the lives of marginalized people who use drugs. *Drugs Educ Prev Policy* [Internet]. 2020;27(1):27–36. Consultable en ligne à la page : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc17&NEWS=N&AN=2020-02582-003>.
300. ACSP. Un guide d'introduction pour réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé canadien. 2020.
301. Lipshutz JA, Hall JE, Penman-Aguilar A, Skillen E, Naoom S, Irune I. Leveraging Social and Structural Determinants of Health at the Centers for Disease Control and Prevention: A Systems-Level Opportunity to Improve Public Health. *J Public Heal Manag Pract*. 2022;28(2).
302. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé: parlons-en. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, St. Francis Xavier ...; 2013.
303. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behav Brain Sci*. 2010;33(2–3):61–83.
304. Kirmayer LJ. Peace, conflict, and reconciliation: Contributions of cultural psychiatry. Vol. 47, *Transcultural Psychiatry*. Sage Publications Sage UK: London, England; 2010. p. 5–19.
305. Morgan C, McKenzie K, Fearon P. Society and psychosis. *Society and Psychosis*. 2008.
306. Rechel B. How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options. *Eur Obs Heal Syst Policies, Policy Br* 10. 2020;
307. Lasker RD, Committee on Medicine and Public Health NYA of M, Abramson DM. *Medicine & Public Health: the Power of Collaboration*. Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health, the New York Academy of Medicine.; 1997.
308. Webster P, Lipp A. The evolution of the WHO city health profiles: a content review. *Health Promot Int*. 2009;24 Suppl 1.
309. Nash DM, Brown JB, Thorpe C, Rayner J, Zwarenstein M. The Alliance for Healthier Communities as a Learning Health System for primary care: A qualitative analysis in Ontario, Canada. *J Eval Clin Pract*. 2022 Dec 1;28(6):1106–12.
310. Kynoch K, Ameen M, Ramis MA, Khalil H. Use of Patient-Reported Data within the Acute Healthcare Context: A Scoping Review. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2022.
311. Pearson, Dennis. Elevating Patient Voices to Improve HIV Care: Patient-Reported Outcome Measures (PROMS) and Patient-Reported Experience Measures (PREMS) An Introduction to Patient-Reported Outcome Measures (PROMS) and Patient-Reported Experience Measures (PREMS) and their Importance, Implementation, and Application in HIV Care. Literature Overview on PROMS and PREMS. 2022.
312. McAllister A, Fritzell S, Almroth M, Harber-Aschan L, Larsson S, Burström B. How do macro-level structural determinants affect inequalities in mental health? - A systematic review of the literature. Vol. 17, *International Journal for Equity in Health*. BioMed Central Ltd.; 2018.

313. World Health Organization, Finland Ministry of Social Affairs. Helsinki Statement Framework for Country Action: Health in All Policies [Internet]. Geneva; 2014. Consultable en ligne à la page : <https://iris.who.int/handle/10665/112636>.
314. Tam T. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020. Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Agence de la santé publique du Canada Ottawa; 2020.
315. Canadian Institute of Child Health. <https://cichprofile.ca/>. 2023. The Health of Canada's Children and Youth.
316. Tonelli M, Tang KC, Forest PG. Canada needs a "Health in All Policies" action plan now. CMAJ. 2020 Jan 20;192(3):E61-7.
317. Kania J, Kramer M. Collective Impact. Soc Innov Rev [Internet]. 2011; Consultable en ligne à la page : https://ssir.org/articles/entry/collective_impact.
318. Gouvernement du Canada. Mesurer ce qui importe : Vers une stratégie sur la qualité de vie pour le Canada. 2021.
319. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Health in All Policies. 2013.
320. Ministry of Social Affairs and Health. National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020-2030. 2020.
321. Government of New Zealand. The Wellbeing Budget 2019 [Internet]. 2019. Consultable en ligne à la page : www.treasury.govt.nz/publications/wellbeing-budget/wellbeing-budget-2019#the-wellbeing-budget.
322. Rose G. The Determinants of Individual Cases Sick individuals and sick populations. Vol. 30, International Journal of Epidemiology. 2001.
323. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Vol. 380, The Lancet. 2012.
324. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Les principes de PCAP® des Premières Nations [Internet]. 2014 [Consultation le 18 décembre 2023]. Consultable en ligne à la page : <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>.
325. Bailey P, Bernard C, Bayoumi A, Boozary A, Damba C, Dube S, et al. A Data Governance Framework for Health Care Data from Black Communities The Black Health Equity Working Group. 2021.
326. Association canadienne pour la santé mentale. Faire progresser la promotion de la santé mentale au Canada. 2019;(Mai).
327. Gouvernement du Canada. Insécurité alimentaire des ménages au Canada : Survol [Internet]. 2020 [Consultation le 12 janvier 2024]. Consultable en ligne à la page : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escs/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol.html.
328. Hayes K, Cunsolo A, Augustinavicius J, Stranberg R, Clayton S, Malik M, et al. Santé mentale et bien-être [Internet]. Ottawa, Ont.; 2022. Consultable en ligne à la page : <https://changingclimate.ca/site/assets/uploads/sites/5/2021/12/4-SANTE-MENTALE-CHAPITRE-FR.pdf>.