Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants

Étudier la santé publique chez les immigrants et les réfugiés au Canada

Ilene Hyman, Université de Toronto
16 juin 2009

- Le présent document d’orientation a été commandé et financé par la Direction des initiatives stratégiques et des innovations (DISI) de l’Agence de la santé publique du Canada.

- La DISI et le Projet Metropolis ont appuyé son élaboration. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas le point de vue de l’Agence de la santé publique du Canada ni de Metropolis.

Aperçu

- Définitions et concepts : racisme et racialisation
- Statistiques : race et racialisation et résultats choisis au Canada
- Données probantes
  - Les inégalités raciales sur le plan de l'état de santé, de l'accès aux soins et de leur qualité
  - Le racisme et ses effets directs et indirects sur la santé
- Interventions recommandées

Définitions

- *Racisme* : croyance selon laquelle la race est le premier déterminant des traits et des capacités de l'humain; elle repose sur le postulat de la supériorité inhérente d'un groupe racial par rapport aux autres (traduction à partir de la définition du Merriam-Webster Dictionary, 2008).
- La Fondation canadienne des relations raciales (FCRR) définit le *racisme* non seulement comme une attitude, mais aussi comme les actions spécifiques qui résultent de cette attitude et qui ont des répercussions sur certaines personnes, les marginalisent et les oppriment.

Formes de racisme

- Racisme interpersonnel : relations discriminatoires, conscientes ou inconscientes, entre des gens.

- Racisme systématique ou institutionnel : défaut collectif d'une organisation ou d'une structure sociale de fournir un service adéquat et professionnel à des gens en raison de la couleur de leur peau, de leur culture ou de leur origine ethnique.

Définition de racialisation

- Le processus social par lequel certains groupes sont désignés comme différents si bien qu'ils sont traités d'une manière différente et inégale (Galabuzi, 2001; 2005).
- Le manque d'accès à certaines possibilités, la marginalisation et l'exclusion parmi ces groupes donnent à penser que leur appartenance présumée à un groupe racial joue un rôle important dans le façonnement de leur expérience collective, c'est-à-dire qu'il s'agit de groupes *racialisés*, plutôt que « purement » *raciaux*.

Race et racisme au Canada

- Les groupes ethnoraciaux représentent environ 13 % de la population canadienne. D'ici à 2017, cette proportion augmentera à 20 %; 75 % des immigrants récents du Canada appartiennent à des groupes racialisés.
- Environ 20 % des minorités visibles disent avoir parfois ou avoir souvent été victimes de discrimination ou de traitement inégal, par rapport à 5 % chez les minorités non visibles (Enquête sur la diversité ethnique, 2003).

Statistiques

- Les personnes racialisées sont deux ou trois fois plus susceptibles d'avoir un faible revenu que les autres Canadiens (Ornstein, 2001). Cette exposition disproportionnée et persistante à la pauvreté chez les groupes racialisés a été qualifiée de « racialisation de la pauvreté » (Galabuzi, 2006).
- Malgré des niveaux de scolarité plus élevés, les Canadiens racialisés gagnent moins d'argent, sont plus susceptibles d'être au chômage et ont des emplois plus précaires que les autres Canadiens (Galabuzi, 2006).
- Les taux de chômage chez les immigrants récents et les minorités visibles sont presque deux fois plus élevés que ceux de l'ensemble de la population active (Teelucksingh et Galabuzi, 2005).
- Les taux de pauvreté chez les immigrants récents ont augmenté de façon considérable depuis 1980 (Statistique Canada, 2003; Picot et Hou, 2003).

1. Inégalités raciales sur le plan de l'état de santé

- Les inégalités en santé fondées sur le statut d'immigrant, la race et l'ethnicité persistent, même après les ajustements liés à l'âge, au genre, au niveau d'éducation, au revenu et à la gravité de la maladie (Wu et coll., 2003; Wilkins et coll., 2008).
- Des exceptions mettent en évidence la nécessité d'étudier les intersections entre la race, le statut d'immigrant, le genre, la pauvreté et la santé.
  - De plus en plus de renseignements sont recueillis sur les inégalités raciales et ethniques en matière de santé chez les récentes cohortes d'immigrants racialisés.
  - Selon Enang (2001), le diabète, les maladies cardiovasculaires, le VIH/sida et la santé mentale sont les principaux problèmes de santé chez les femmes de race noire.
  - Les réfugiés présentent toujours un risque accru de mortalité et de problèmes de santé mentale (Beiser, 2006; Rousseau, 2004; Beiser et coll., 2002; Rousseau et Drapeau, 2003).

2. Inégalités raciales dans l'accès aux soins de santé

- Les groupes racialisés n'ont pas un accès égal aux soins de santé et ont plus de besoins non satisfaits que les groupes non racialisés.
- Il y a moins de recherche au Canada.
  - Les membres des groupes racialisés étaient moins susceptibles d'être hospitalisés que les membres de groupes non racialisés. Toutefois, ils étaient plus susceptibles de consulter un médecin généraliste ou un spécialiste (Quan et coll., 2006).
  - Les récents immigrants étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir un médecin de famille que les immigrants de longue date et les Canadiens d'origine (Statistique Canada, 2008).
  - Les immigrants et les membres des groupes racialisés étaient moins susceptibles d'avoir recours à des services de prévention et de dépistage du cancer (Quan et coll., 2006) et à des services de santé mentale (Gadalla, 2008; Elliot et Gillie, 1998).

3. Inégalités raciales et ethniques dans la qualité des soins

- Parmi une vaste gamme de services de santé, les groupes racialisés reçoivent des soins de qualité et d'intensité inférieures et les perçoivent comme tels, comparativement aux groupes non racialisés.
- les barrières linguistiques sont un facteur important de ces expériences différentielles, comme les erreurs de diagnostic, les effets défavorables, les examens excessifs ou inutiles, les hospitalisations prolongées et une mauvaise utilisation des services d'urgence.
- Il y a peu de recherche au Canada.
  - L'accent est mis sur les aspects individuels et structurels qui influent sur la qualité des soins, p. ex. les politiques organisationnelles (absence de services d'interprétation, représentation insuffisante), les obstacles financiers et les valeurs sur le plan de la santé qui sont contraires à l'idéologie dominante du système de santé (Shahsiah et Yee, 2006; Oxman-Martinez et Hanley, 2005; AACHC, 2005; Whitley et coll., 2006; Hrycak et Jacubec, 2006; Benjamin et David, 2003; Enang, 2001).
  - Racialized Peoples' Perceptions of and Responses to Differential Care Project (Access Alliance).

4. Racisme et santé

- Un nombre important et grandissant de travaux de recherche ont montré des liens significatifs entre l'autodéclaration du racisme et divers résultats de santé, y compris la santé mentale, l'hypertension, l'état de santé déclaré, les maladies cardiaques et respiratoires, la douleur et les comportements dangereux pour la santé.
- Il y a peu d'études au Canada.
  - La discrimination perçue a été associée à des symptômes de dépression (Noh et Kaspar 2003).
  - La discrimination raciale était un prédicteur de dépression chez les réfugiés de l'Asie du Sud-Est au Canada (Beiser, 2006).
  - Le racisme était une grande source de stress et un risque pour la santé (Etowa et coll., 2007).
  - Près de un participant sur cinq (N = 81) dit avoir été victime de racisme dans le système de santé (Ali et coll., 2003).
- D'autres chercheurs ont cerné des politiques, des processus et des pratiques qui empêchent les Canadiens racialisés de réclamer et de recevoir des soins de qualité.

4. Racisme et santé – mécanismes

- *Direct* : Stimulation accrue et prolongée de la réaction physiologique du corps humain au stress.

- *Indirect* : Expositions et possibilités différentielles liées à d'autres déterminants de la santé, par exemple la scolarité et l'emploi. Cela inclut le racisme institutionnel, à savoir l'accès inégal à des systèmes sociaux, économiques, politiques et culturels qui déterminent la répartition des ressources de la société en raison de caractéristiques raciales ou ethniques.

Sommaires des principaux points

- Des inégalités raciales sur le plan de la santé, de l'accès aux soins et de leur qualité existent au Canada et ailleurs dans le monde.
- La race et le racisme sont des concepts sociaux qui contribuent aux inégalités en matière de santé.
- Le racisme influe directement sur la santé, surtout par la réaction du corps à un stress physiologique.
- Le racisme influe indirectement sur la santé, surtout en raison des expositions et des possibilités différentielles associées à d'autres déterminants de la santé.
- Les politiques et les pratiques institutionnelles perpétuent les inégalités raciales et ethniques en santé et nuisent à l'accès aux soins de santé et à leur qualité.

Interventions recommandées

1. Accroître la sensibilisation du public au racisme et à ses répercussions sur la santé, sur l'accès aux soins de santé et sur leur qualité.
2. Mettre en œuvre et renforcer des politiques et des procédures en vue d'éliminer le racisme institutionnel dans tous les secteurs.
3. Éliminer le racisme institutionnel dans les politiques, l'administration et les pratiques du secteur de la santé.
4. Réduire les conséquences négatives du racisme sur la santé.
5. Financer des activités de recherche et de surveillance.
6. Envisager de créer un comité permanent, semblable à la Commission for Racial Equality au Royaume-Uni.

Accroître la sensibilisation du public au racisme et à ses répercussions sur la santé

- Redéfinir la santé comme une question touchant aux droits de la personne.
- Chercher des solutions structurelles et œuvrer à des changements sociaux, c'est-à-dire « une politique sociale est une politique de santé ».
- Favoriser les partenariats, les alliances et les coalitions professionnels et communautaires afin de nommer, de comprendre et d'éliminer le racisme.
- Soutenir les efforts régionaux qui visent à s'attaquer au racisme.

Mettre en œuvre et renforcer des politiques et des procédures en vue d'éliminer le racisme institutionnel dans tous les secteurs

- Augmenter la représentation des groupes racialisés dans l'ensemble de l'organisation.
- Faire en sorte que les processus de prise de décisions n'excluent ni ne marginalisent certains groupes.

Éliminer le racisme institutionnel dans les politiques, l'administration et les pratiques du secteur de la santé

- Viser le recrutement et le maintien en poste d'employés professionnels qui reflètent la diversité de la société canadienne et qui comprennent les antécédents ethniques et culturels des populations qu'ils servent.
- Intégrer la compétence culturelle et des perspectives de lutte contre le racisme dans la gouvernance, les politiques organisationnelles et le recrutement de personnel.
- Appuyer les activités de formation qui visent à sensibiliser les professionnels de la santé à la prestation de soins de santé inclusifs et non discriminatoires.
- Veiller à offrir des services professionnels d'interprétation linguistique et culturelle dans tous les établissements de soins de santé.
- Traduire le matériel de promotion de la santé dans les deux langues officielles et dans d'autres langues.
- Mettre en place des systèmes de surveillance pour recueillir des données sur l'accès aux soins et sur la qualité des soins reçus par les consommateurs de soins de santé racialisés et non racialisés.

Réduire les conséquences négatives du racisme sur la santé

- Réclamer des réformes des politiques officielles qui nuisent à la santé des Canadiens racialisés.
- Renforcer la capacité du milieu des soins de santé et d'autres organismes de s'attaquer aux conséquences négatives du racisme sur la santé.
- Accroître la capacité des consommateurs de soins de santé d'exercer leur droit de protester contre le racisme et d'y réagir de façon proactive.
- Accroître la capacité des consommateurs de soins de participer au transfert des connaissances et à des activités d'échange visant à améliorer les pratiques de soins de santé et à favoriser les changements institutionnels.
- Appuyer les programmes de lutte contre le racisme et ceux axés sur l'inclusion sociale dans les écoles et les collectivités.
- Soutenir les programmes scolaires et communautaires qui favorisent l'identité ethnique et la cohésion communautaire.

Financer les activités de recherche et de surveillance

- Élaborer des indicateurs de discrimination qui serviront à des enquêtes sur la santé provinciales et nationales.
- Amorcer des discussions avec le gouvernement et les intervenants communautaires concernant l'inclusion des variables liées à l'immigration ainsi qu'à la race et à l'ethnicité dans les bases de donnés à des fins de planification et de surveillance dans le secteur de la santé.
- Appuyer les recherches sur le racisme pour comprendre et documenter les multiples et complexes manières dont les groupes racialisés sont touchés par le racisme ainsi que ses conséquences sur la santé, l'accès aux soins de santé et leur qualité.
- Établir des systèmes nationaux, régionaux et locaux en vue de surveiller les inégalités en matière de santé et d'évaluer les politiques et les procédures conçues pour éliminer le racisme et réduire les inégalités.

Envisager de créer un comité permanent, semblable à la Commission for Racial Equality au Royaume-Uni

Remerciements

- Merci à la Direction des initiatives stratégiques et des innovations de l'Agence de la santé publique du Canada, en partenariat avec le projet Metropolis, pour son soutien financier et ses avis dans le cadre de l'élaboration de ce document d'orientation.

- Merci au Groupe de travail sur l'accès aux soins de santé pour les personnes racialisées (formé sous l'égide du Regent Park CHC et d'Access Alliance CHC), en particulier à Yogendra Shakya et à Kwame McKenzie, pour leurs précieuses idées et contributions.