

Disparités et déterminants sociaux de la santé parmi trois populations clés au Canada

Recherche menée en collaboration avec le Réseau canadien pour l'équité et la justice raciale (RCEJR)

Bureau de l'équité en matière de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

- D^r Kwame McKenzie, directeur, Équité en matière de santé
- Sayani Paul, coordonnatrice de la recherche, Équité en matière de santé
- Aamna Ashraf, gestionnaire principale, Équité en matière de santé

Remerciements particuliers à :

Mercedes Sobers, ancienne coordonnatrice de la recherche, Bureau de l'équité en matière de santé

Sabeeha Ahmed, coordonnatrice de projet, Bureau de l'équité en matière de santé



Table des matières

DIVERSITÉ RACIALE AU CANADA	10
1. POPULATIONS NOIRES AU CANADA	11
2. POPULATIONS DE L'ASIE ORIENTALE AU CANADA	12
2.1 POPULATION CHINOISE.....	12
2.2 POPULATION JAPONAISE	13
2.3 POPULATION CORÉENNE.....	13
2.4 POPULATION TAÏWANAISE.....	14
3. POPULATION SUD-ASIATIQUE AU CANADA	14
MÉTHODES	15
EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL :.....	16
LOGEMENT ET ENVIRONNEMENT BÂTI :	16
ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ :	17
1. EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL PARMI TROIS POPULATIONS CLÉS AU CANADA	17
DIFFICULTÉS FINANCIÈRES SYSTÉMIQUES ET DISPARITÉS DE REVENUS CHEZ LES PROPRIÉTAIRES D'ENTREPRISES NOIRS.....	22
3. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ POUR TROIS POPULATIONS CLÉS AU CANADA	31
DISCRIMINATION	35
OBSTACLES SYSTÉMIQUES.....	37
EFFET DES DISPARITÉS SUR LA SANTÉ – POPULATIONS NOIRES	45
EFFET DES DISPARITÉS SUR LA SANTÉ – POPULATIONS DE L'ASIE ORIENTALE....	47

EFFET DES DISPARITÉS SUR LA SANTÉ – POPULATIONS SUD-ASIATIQUES	48
DANS CETTE OPTIQUE, UN CERTAIN NOMBRE DE RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES ONT ÉTÉ FORMULÉES.....	51
RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L’EMPLOI ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL	51
RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LE LOGEMENT ET L’ENVIRONNEMENT BÂTI.....	53
RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L’ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ	54
PROGRAMMES OFFRANT DES THÉRAPIES ET DES SOINS ADAPTÉS À LA CULTURE	58
PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION.....	58
RÉFÉRENCES	60

Résumé

L'amélioration de l'équité en matière de santé pour les populations racisées au Canada est un défi permanent pour l'ensemble de nos systèmes de santé et de services sociaux. Pour remédier à cette situation, le Bureau de l'équité en matière de santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), en partenariat avec le Réseau canadien pour l'équité et la justice raciale (RCEJR), a lancé ce projet de recherche. Le projet examine comment les principaux déterminants sociaux de la santé – l'emploi et les conditions de travail, le logement et l'environnement bâti, et l'accès aux services de santé – ont une incidence sur les populations noires, est-asiatiques (Chinois, Japonais, Coréens, Taïwanais) et sud-asiatiques au Canada. L'objectif est de cerner les problèmes et de proposer des solutions concrètes pour améliorer l'équité en matière de santé, contribuant ainsi aux objectifs généraux du CNERJ.

Nous avons effectué une analyse de l'environnement de la littérature universitaire et grise canadienne des 15 dernières années, en ciblant les études portant sur les adultes et les jeunes adultes, tels que définis par les normes de Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). À l'aide de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada, nous avons mesuré l'emploi et les conditions de travail en fonction des taux de syndicalisation et de l'accès aux congés de maladie payés. Les indicateurs relatifs au logement comprennent l'accession à la propriété, les besoins fondamentaux en matière de logement et l'abordabilité, tandis que l'environnement bâti a été déterminé en fonction des types d'habitation et de la concentration géographique. Nous avons évalué l'accès aux services de santé en nous basant sur les taux de besoins non satisfaits en matière de santé physique et mentale et avons relevé les obstacles aux soins.

En s'appuyant sur l'analyse environnementale et sur des sources de données nationales, le présent rapport conclut que les principaux déterminants sociaux de la santé sont des facteurs directs des disparités en matière de santé entre les trois populations. Par exemple:

- **Emploi et conditions de travail** – Ces déterminants affectent profondément la santé, en particulier pour les populations noires, dont le taux de chômage de 10,3 % est près du double de la moyenne nationale. De plus, l'absence de congés maladie payés retarde les consultations médicales dans toutes les populations, ce qui aggrave les pathologies et augmente le recours aux services d'urgence.
- **Qualité du logement et environnement bâti** – Ces déterminants influent également sur le bien-être, avec des problèmes d'abordabilité touchant

toutes les populations. Le taux d'accession à la propriété chez les populations noires s'élève à 45,2 %, ce qui est inférieur à la moyenne nationale de 71,9 %. Les besoins impérieux en matière de logement touchent 13,2 % des populations noires et 18,7 % des populations coréennes, soit plus du double du taux observé chez les Canadiens non racisés.

- Accès aux services de santé – Les données sur les besoins non satisfaits en matière de santé chez les trois populations restent limitées. Les données disponibles montrent qu'une proportion plus élevée de personnes noires au Canada évaluent leur santé comme passable ou mauvaise par rapport aux autres populations racisées. Les obstacles persistants comprennent le coût, la langue, la stigmatisation culturelle et l'insuffisance des services adaptés à la culture, qui continuent d'entraver l'équité des soins.

Notre rapport met également en évidence la relation entre les déterminants sociaux de la santé et la santé. Le cadre de l'Organisation mondiale de la santé aide à illustrer comment les déterminants structurels (tels que la race, la classe sociale et le contexte politique) interagissent avec des facteurs intermédiaires (tels que le revenu, le logement et le stress) pour façonner la santé. Cette interaction renforce les inégalités de longue date, telles que le fardeau plus lourd des maladies chroniques, les besoins non satisfaits en matière de santé mentale et l'espérance de vie plus faible dans les communautés racisées. Dans les trois populations, les Canadiens racisés font face à des obstacles disproportionnés pour obtenir un emploi stable, un logement abordable et des soins de santé opportuns et adaptés à leur culture. Ces défis sont aggravés par le racisme systémique, qui ancre la discrimination dans les institutions et limite l'accès aux ressources essentielles pour plusieurs générations. Pour remédier à ces disparités, le présent rapport formule des recommandations concrètes qui appellent à une action collective aux niveaux provincial, territorial et fédéral, ainsi qu'à une participation significative des communautés. Il s'agit notamment de rendre obligatoires les congés de maladie payés, d'instaurer des aides au loyer axées sur l'équité, de collecter des données ventilées par origine ethnique et d'offrir une formation antiraciste aux prestataires de services sociaux et de santé. Ensemble, ces stratégies visent à éliminer les obstacles systémiques et à faire progresser l'équité en matière de santé.

Introduction

Le présent rapport examine la littérature canadienne publiée sur trois déterminants sociaux de la santé – l’emploi et les conditions de travail, le logement et l’environnement bâti, et l’accès aux services de santé – chez les populations noires, est-asiatiques et sud-asiatiques. Il présente la méthodologie, les conclusions et les principales recommandations visant à améliorer ces déterminants, ainsi que des pratiques exemplaires spécifiques.

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent. Ils comprennent l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne (Organisation mondiale de la santé, s.d.). Bon nombre d'entre eux sont profondément enracinés dans des systèmes d'oppression tels que le racisme, le classisme et l'homophobie (McGibbon, 2021).

Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence sur la santé mentale et le bien-être. Ce sont ces facteurs qui sont à l'origine des inégalités en matière de santé et qui ont des répercussions sur la santé (Organisation mondiale de la santé, 2024). Les déterminants sociaux de la santé peuvent augmenter ou diminuer le risque d'une personne de développer un problème ou une maladie mentale, ainsi qu'affecter l'accès à des soins de santé mentale appropriés et adéquats (McKenzie et coll. 2016). Ces facteurs sont également primordiaux pour l'équité en matière de santé. Il est essentiel de comprendre la relation complexe entre les déterminants sociaux de la santé et la santé pour aborder la question de l'équité en matière de santé (Solar et Irwin, 2010). La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé explique la relation entre les déterminants sociaux et la santé en divisant les déterminants sociaux de la santé en deux catégories :

- *les déterminants structurels*, tels que le contexte socioéconomique et politique, la classe sociale, le genre, la race et l'origine ethnique, qui peuvent entraîner des inégalités structurelles;
- *déterminants intermédiaires*, tels que les conditions matérielles, les circonstances psychosociales et les facteurs comportementaux et biologiques;

Les mécanismes sociaux, économiques et politiques contribuent à la position socioéconomique, caractérisée par l'emploi et le revenu, l'éducation, le genre, la race et l'origine ethnique, ainsi que d'autres facteurs qui reflètent la hiérarchie et le statut sociaux. Ces facteurs peuvent influencer l'exposition et la vulnérabilité d'un individu à certains problèmes de santé. Ces déterminants

structurels façonnent les déterminants intermédiaires qui sous-tendent la santé : les conditions matérielles (p. ex., les conditions de vie et de travail, la sécurité alimentaire), les comportements et les facteurs biologiques (p. ex., la consommation d'alcool, l'activité physique) et les facteurs psychosociaux (p. ex., le soutien social, les facteurs de stress psychosocial) (Solar et Irwin, 2010).

Tous ces facteurs ont une incidence sur la santé, qui peut à son tour influencer sur les déterminants structurels. Par exemple, une mauvaise santé peut avoir une incidence sur les occasions d'emploi d'une personne, ce qui peut limiter ses revenus. Les faibles revenus réduisent l'accès à un logement convenable, à une alimentation nutritive et aux soins de santé, et augmentent les difficultés (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Le système de soins de santé agit comme un déterminant intermédiaire. En améliorant l'accès équitable aux soins de santé et en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé, tels que l'accès à une alimentation saine, au logement, à l'éducation, à l'emploi et au revenu, aux transports et à d'autres services sociaux selon les besoins, le système de santé peut réduire les disparités en matière de santé (Solar et Irwin 2010).

Le récent rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants sociaux de l'équité en santé souligne que les causes sous-jacentes de la mauvaise santé découlent souvent de facteurs extérieurs au secteur de la santé, comme le manque de logements de qualité, d'éducation et de possibilités d'emploi (Organisation mondiale de la santé, 2025). Les déterminants sociaux de la santé peuvent également être responsables d'une réduction considérable de l'espérance de vie en bonne santé, parfois de plusieurs décennies. Par exemple, le lien entre l'emploi, le revenu et la santé est bien établi : un faible revenu est associé à des risques accrus pour la santé, tels que le manque d'aliments nutritifs. En outre, les personnes à faible revenu ont moins accès aux services de santé importants, sont plus susceptibles de souffrir de plusieurs maladies chroniques pouvant entraîner d'autres problèmes de santé (telles que le diabète et les maladies cardiaques) et ont une espérance de vie plus courte (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2021).

Les données indiquent que les personnes les plus démunies en Ontario sont près de deux fois plus susceptibles de déclarer souffrir de plusieurs maladies chroniques que les personnes les plus aisées (23,5 % contre 12,4 %, et 16,2 % pour l'ensemble de l'Ontario) (Qualité des services de santé Ontario, 2016). En Ontario, un peu plus de la moitié (54,3 %) des femmes vivant dans les quartiers urbains les plus pauvres (revenu du quartier évalué sur la base des données du recensement et du revenu moyen des ménages de la zone concernée) ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des

trois dernières années, contre deux tiers (66,7 %) des femmes vivant dans les quartiers urbains les plus riches et 61,8 % de l'ensemble des femmes de la province (Qualité des services de santé Ontario, 2016). De plus, près de la moitié (49,7 %) des personnes vivant dans les quartiers urbains les plus pauvres ont un retard dans le dépistage du cancer colorectal, contre un peu plus d'un tiers (34,9 %) des personnes vivant dans les quartiers urbains les plus riches et 41,5 % pour l'ensemble de l'Ontario. En ce qui concerne l'espérance de vie, les femmes vivant dans les quartiers les plus pauvres de l'Ontario meurent en moyenne deux ans plus tôt que celles vivant dans les quartiers les plus riches; les hommes vivant dans les quartiers pauvres meurent en moyenne cinq ans plus tôt que ceux vivant dans les quartiers les plus riches (Qualité des services de santé de l'Ontario, 2016).

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé affirme que les interventions axées sur les déterminants sociaux sont le moyen le plus efficace d'améliorer le bien-être et de réduire les inégalités. Cela nécessite une action de tous les secteurs et de la société civile. À cette fin, le Bureau de l'équité en matière de santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) se consacre à l'amélioration du bien-être des patients, des familles et des communautés en réduisant les disparités en matière de santé mentale.

Notre travail fondamental comprend les éléments suivants :

[Démanteler le racisme anti-Noirs](#) – Fournit une stratégie, comprenant 22 mesures, et un cadre conçu pour réduire le racisme anti-Noirs au CAMH en s'attaquant aux obstacles systémiques et en faisant progresser l'équité en matière de santé.

Rapport intitulé [Arguments en faveur de la diversité](#) – Élaboré en collaboration avec le Wellesley Institute (l'Institut Wellesley) pour la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Ce rapport présente des arguments en faveur de l'investissement dans des services de santé mentale diversifiés et adaptés aux besoins culturels et linguistiques des populations immigrantes, réfugiées, ethnoculturelles et racisées au Canada.

[Enjeux et options pour améliorer les services de santé mentale destinés aux groupes immigrants, réfugiés, ethnoculturels et racisés](#) – Élaboré en collaboration avec la CSMC, ce rapport présente les enjeux et les options d'amélioration des services.

S'appuyant sur nos travaux antérieurs, cette étude porte sur les déterminants sociaux de la santé et les disparités en matière de santé chez les populations noires, est-asiatiques et sud-asiatiques au Canada. Elle explore trois déterminants sociaux essentiels de la santé : l'emploi et les conditions de travail, le logement et l'environnement bâti, et l'accès aux services de santé. L'objectif est de déterminer les enjeux et de proposer des solutions concrètes pour améliorer l'équité en matière de santé, contribuant ainsi aux objectifs généraux du CNERJ.

Terminologie

Certaines des terminologies couramment utilisées dans le présent rapport sont définies ici.

Racisé : Comme l'indique le Code des droits de la personne de l'Ontario (2005), les termes « personne racisée » ou « groupe racisé » sont préférés à « minorité raciale », « minorité visible », « personne de couleur » et/ou « non blanc », car ils reconnaissent la race comme une construction sociale plutôt que comme un trait biologique. Dans le présent rapport, nous utilisons les termes « groupe racisé » ou « personne racisée », sauf lorsque la recherche ou le rapport auquel nous faisons référence utilise des termes tels que « minorité visible », « Noir », « Sud-Asiatique » ou « Blanc ». Le recensement canadien définit les minorités visibles comme des personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou caucasienne.

Population d'Asie orientale : Nous utilisons la définition de l'ICIS de la population d'Asie orientale, qui désigne les personnes d'origine chinoise, japonaise, coréenne et/ou taïwanaise (Institut canadien d'information sur la santé, 2022).

Immigrant : Désigne une personne née à l'extérieur du Canada et qui est un immigrant reçu ou un résident permanent. Les autorités d'immigration ont accordé aux immigrants le droit de vivre au Canada de façon permanente (Statistique Canada, 2022c).

Groupe ethnique ou culturel : Désigne l'origine ethnique ou culturelle des ancêtres ou des « racines » ancestrales d'une personne. Ce terme ne fait pas référence à la citoyenneté, à la nationalité, à la langue ou au lieu de naissance d'une personne (Statistique Canada, 2022a).

Besoins impérieux en matière de logement : Mesure les ménages dont le logement ne répond pas aux normes d'adéquation, de convenance ou d'abordabilité, et qui doivent consacrer au moins 30 % de leur revenu pour obtenir un logement acceptable (Statistique Canada, 2021c).

Abordabilité du logement : Mesure calculée à partir du ratio du coût du logement par rapport au revenu, qui correspond à la proportion du revenu total moyen que les ménages consacrent aux frais de logement. Un ménage est considéré comme ayant un logement abordable s'il consacre moins de 30 % de son revenu total aux frais de logement (Randle, Zheren et Zachary 2021a).

Les besoins impérieux en matière de logement et l'abordabilité du logement sont des concepts distincts, l'abordabilité se concentrant uniquement sur le coût pour le ménage, tandis que les besoins impérieux en matière de logement englobent un concept plus large qui mesure la convenance, l'adéquation et le coût du logement. L'examen conjoint de ces deux concepts permet d'obtenir une vision globale des défis en matière de logement en déterminant qui sont les personnes les plus démunies (p. ex., les familles vivant dans des logements inabordables et surpeuplés) et pourquoi elles le sont (p. ex., loyer élevé par rapport au revenu).

Besoins non satisfaits en matière de soins de santé : Mesure la proportion de la population déclarant avoir des besoins non satisfaits en matière de soins de santé (c.-à-d. qu'il y avait un besoin de soins de santé, mais que les soins n'ont pas été prodigués au moment où ils étaient nécessaires). Cet indicateur est mesuré dans plusieurs enquêtes de Statistique Canada, notamment l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR) (Statistique Canada s.d).

Contexte

Diversité raciale au Canada

Le Canada a connu d'importants changements démographiques depuis les années 1960, lorsque la politique d'immigration canadienne a été réformée pour inclure l'immigration sans distinction d'origine nationale. En 2021, 9,6 millions de Canadiens (26,5 %) se sont identifiés comme appartenant à l'un des dix groupes racisés, soit une augmentation par rapport à 22,3 % en 2016. En 2021, les personnes d'origine sud-asiatique (7,1 %), chinoise (4,7 %) et noire (4,3 %) représentaient ensemble environ un sixième de la population totale du Canada (Statistique Canada 2022b).

Voici un bref historique et un aperçu de la démographie et de la diversité de trois populations clés au Canada :

1. Populations noires
2. Populations de l'Asie orientale (Chinois, Japonais, Coréens, Taïwanais)
3. Populations sud-asiatiques

Remarque : Toutes les recherches ont présenté des données agrégées pour les populations noires et sud-asiatiques. Par exemple, les données du recensement de 2021 ont regroupé toutes les personnes qui ont déclaré être originaires de l'Inde, du Pakistan, du Sri Lanka, du Bangladesh et du Népal dans la population sud-asiatique (Statistique Canada, 2022d). Il y avait une divergence dans la façon de définir les populations de l'Asie orientale. Le recensement de 2021 a regroupé les populations d'Asie orientale et du Sud-Est, certains rapports fournissant des données distinctes pour différentes communautés d'Asie orientale. Toutefois, selon l'ICIS, les populations d'Asie orientale comprennent les personnes d'origine chinoise, japonaise, coréenne et taïwanaise (Institut canadien d'information sur la santé, 2022). Comme mentionné précédemment, les personnes d'origine chinoise, japonaise, coréenne et taïwanaise constituent les populations de l'Asie orientale pour le présent rapport (Institut canadien d'information sur la santé, 2022).

1. Populations noires au Canada

En 2021, la population noire du Canada était de 1,5 million de personnes, soit 4,3 % de la population totale, et elle devrait plus que doubler d'ici 2041 (Statistique Canada 2025a). Bon nombre de ceux qui ont déclaré comme faisant partie de la population noire vivent dans des zones urbaines, avec des concentrations importantes dans des villes comme Toronto, Montréal et Ottawa. L'identité des Noirs d'origine africaine ou caribéenne a évolué au cours des derniers siècles, tant en ce qui concerne les noms imposés que les groupes auto-définis. Les luttes pour les droits civils et les droits de la personne ont conduit à l'émergence des termes « Noir » ou « Afro-Canadien » comme terminologie préférée. Le terme « Noir » désigne les personnes d'origine africaine qui peuvent également s'identifier comme noires, africaines ou caribéennes. Selon le recensement de 2021, la population noire est extrêmement diversifiée, 25,6 % des personnes déclarant avoir plus d'une origine ethnique ou culturelle. Les origines les plus fréquemment déclarées sont l'Afrique (15,7 %), la Jamaïque (13,0 %), Haïti (10,8 %) et le Canada (5,9 %) (Statistique Canada 2025a).

Les populations noires ont joué un rôle essentiel dans le façonnement du patrimoine et de l'identité du Canada et ont fait partie intégrante du développement de la nation. De nombreux loyalistes noirs arrivés après la Révolution américaine ont contribué à bâtir des communautés dans les Maritimes, tandis que les soldats d'origine africaine ont fait d'importants sacrifices lors de guerres telles que la guerre de 1812 (Gouvernement du Canada, s.d.). Ces contributions ont joué un rôle déterminant dans la création de la société diversifiée et inclusive que le Canada célèbre aujourd'hui.

En 2021, 40,9 % de la population noire était née au Canada, y compris les personnes ayant des racines canadiennes multigénérationnelles et les enfants d'immigrants. Près d'un tiers (32,6 %) de la population noire est née en Afrique, notamment au Nigeria (7,1 %), en Éthiopie (2,8 %) et en République démocratique du Congo (2,4 %), tandis que 21 % est née dans les Caraïbes, principalement en Jamaïque (8,8 %), en Haïti (7,2 %) et aux Bermudes (Statistique Canada, 2022c)

2. Populations de l'Asie orientale au Canada

Les populations d'Asie orientale au Canada sont en augmentation constante. Bien que la plupart des personnes originaires Asie orientale soient arrivées premièrement en Colombie-Britannique et s'y soient installées, elles sont aujourd'hui concentrées dans les zones urbaines du sud de l'Ontario, du sud-ouest de la Colombie-Britannique et du centre de l'Alberta.

2.1 Population chinoise

Les premiers Chinois sont arrivés au Canada en 1788 et ont contribué à la construction d'un poste de traite (Gouvernement du Canada, 2024b). Selon le recensement de 2021, 1 713 870 personnes (4,7 %) se sont identifiées comme Chinois, ce qui en fait le groupe ethnique de l'Asie orientale le plus important au Canada (Statistique Canada 2024a).

Entre 1881 et 1884, plus de 17 000 immigrants chinois, représentant 75 % de la main-d'œuvre, ont travaillé à la construction du chemin de fer Canadien Pacifique. Ils recevaient des salaires inférieurs à ceux des travailleurs blancs et vivaient dans des conditions inadéquates, ce qui a entraîné des décès prématurés.

Au fil des ans, les Chinois arrivés au Canada se sont principalement installés en Ontario, en Colombie-Britannique et dans le centre de l'Alberta.

2.2 Population japonaise

Les personnes d'origine japonaise sont arrivées au Canada entre 1877 et 1928 et se sont installées en Colombie-Britannique. Après l'entrée du Japon dans la Seconde Guerre mondiale en 1942, la *Loi sur les mesures de guerre* a imposé le déplacement forcé des Japonais de la côte ouest vers l'intérieur des terres. Les familles ont été séparées et détenues dans des camps et des étables en Ontario et à la frontière entre la Colombie-Britannique et l'Alberta. Ceux qui ont résisté à leur arrestation ont été incarcérés dans des camps de prisonniers de guerre en Ontario. Malgré les promesses du gouvernement, les biens confisqués aux personnes d'origine japonaise ont été vendus. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, les personnes d'origine japonaise ont dû se réinstaller en Alberta, en Ontario, dans les Prairies et au Québec. Environ 4 000 personnes de cette population, dont la moitié étaient nées au Canada et un tiers étaient des enfants à charge âgés de moins de 16 ans, ont été exilées au Japon en 1946 (Gouvernement du Canada, s.d.). Selon le plus récent recensement, environ 129 425 personnes se sont identifiées comme étant japonaises (Statistique Canada, 2024a).

2.3 Population coréenne

Les Coréens sont arrivés au Canada pour la première fois à titre temporaire dans les années 1890 afin de suivre une formation de missionnaires. En 1963, le Canada a officiellement établi des relations diplomatiques avec la Corée du Sud. En 1973, lorsque l'ambassade du Canada a ouvert ses portes en Corée du Sud, de nombreux Coréens ont commencé à venir au Canada à titre temporaire pour étudier et travailler. Depuis lors, les immigrants coréens ont continué d'arriver au Canada en tant que travailleurs qualifiés et/ou professionnels, s'installant dans des centres urbains tels que Toronto, Vancouver, Montréal, Edmonton et Calgary (Gouvernement du Canada

2024b). Le recensement de 2021 a recensé 217 650 personnes d'origine coréenne au Canada (Statistique Canada, 2024a).

2.4 Population taïwanaise

Les premiers Taïwanais sont arrivés au Canada dans les années 1960. Par la suite, d'autres Taïwanais sont arrivés au Canada dans les années 1980 et 1990. Ceux qui sont arrivés dans les années 1980 se sont installés en Ontario; après 1980, Vancouver a accueilli la plus grande communauté taïwanaise du Canada. L'identité taïwanaise canadienne continue d'évoluer au Canada. Jusqu'au début des années 2000, la population taïwanaise était considérée comme faisant partie de la diaspora chinoise. Cependant, aujourd'hui, la population taïwanaise est perçue comme une communauté distincte. Selon le recensement canadien de 2021, environ 65 000 personnes d'origine taïwanaise vivent au Canada, ce qui représente 0,2 % de la population (Peng, 2024).

3. Population sud-asiatique au Canada

Les Sud-Asiatiques ont une longue et riche histoire au Canada. Les premiers Sud-Asiatiques à arriver au Canada étaient des hommes originaires d'Inde qui se sont installés à Vancouver en 1896. Ils travaillaient comme ouvriers dans les industries du bois, des chemins de fer et de l'agriculture (Asian Heritage Society of New Brunswick, s.d.).

La population sud-asiatique est diversifiée sur le plan géographique, démographique, linguistique, religieux et au niveau du statut d'immigration. La population sud-asiatique est originaire d'Asie du Sud, qui comprend l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh, l'Afghanistan, le Népal, le Bhoutan et le Sri Lanka. La plupart des Sud-Asiatiques au Canada sont des immigrants ou des descendants d'immigrants de ces pays.

Parmi la population sud-asiatique au Canada, 44,3 % sont nés en Inde, 28,7 % au Canada, 9,2 % au Pakistan, 5,4 % au Sri Lanka et 3 % au Bangladesh (Statistique Canada, 2022c). La plupart des Sud-Asiatiques vivent en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, l'Ontario comptant plus d'un million de Sud-Asiatiques. La Colombie-Britannique abrite la deuxième plus grande population sud-asiatique du Canada. Selon le recensement de 2021, plus de

2,3 millions de personnes se sont identifiées comme étant d'origine sud-asiatique, ce qui en fait le plus grand groupe de population racisée au Canada, représentant environ 7,1 % de la population totale (Statistique Canada, 2024a).

Méthodes

L'objectif de cette recherche est d'examiner les disparités en matière de santé entre trois populations clés au Canada — les populations noires, est-asiatiques et sud-asiatiques — en mettant l'accent sur trois déterminants sociaux essentiels de la santé :

1. Emploi et conditions de travail
2. Logement et environnement bâti
3. Accès aux services de santé

La disponibilité des données a motivé la décision de se concentrer sur ces trois groupes racisés. Selon le recensement de 2021, 26,5 % de la population totale du Canada s'est identifiée comme racisée; parmi ces personnes, 18 % se sont identifiées comme sud-asiatiques, noires ou de l'Asie orientale (Statistique Canada 2021b).

Cette recherche vise à répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les disparités économiques, en matière de logement et de santé parmi les populations clés au Canada?
- Quelles sont les répercussions de ces disparités sur la santé des gens?
- Quelles sont les recommandations pour améliorer l'équité économique, en matière de logement et de santé?

Pour le présent rapport de recherche, nous utilisons les définitions suivantes des déterminants sociaux de la santé.

Emploi et conditions de travail :

L'emploi, tel que défini par l'Enquête sur la population active de Statistique Canada, comprend à la fois les emplois rémunérés et le travail indépendant. Pour mieux comprendre les conditions de travail de chaque groupe de population, nous utilisons les indicateurs suivants :

- Proportion de personnes occupant un poste syndiqué
- Proportion de personnes bénéficiant de congés de maladie payés

Ces deux indicateurs sont révélateurs de meilleures conditions de travail, car les postes syndiqués offrent une sécurité et une protection accrues, tandis que les congés de maladie payés peuvent aider les travailleurs pendant les périodes de maladie, favoriser une meilleure santé, stimuler la productivité des travailleurs et contribuer à augmenter la participation globale au marché du travail (Statistique Canada, 2024c).

Logement et environnement bâti :

Le logement est évalué à l'aide d'indicateurs tels que (1) l'accession à la propriété, (2) les besoins impérieux en matière de logement tels que définis par Statistique Canada et (3) l'abordabilité du logement. L'environnement bâti est examiné à l'aide des indicateurs suivants :

- Types de logements
- Concentration géographique de la population

Ces indicateurs nous aident à mieux comprendre les besoins en matière de logement en termes d'abordabilité, d'accessibilité et de disparités socioéconomiques. Alors que les types de logements renseignent sur l'accessibilité financière du logement (location ou propriété) et sur la capacité du logement à répondre aux besoins impérieux (c.-à-d. la convenance, la sécurité, le surpeuplement), la situation géographique peut aider à mieux comprendre les problèmes d'accessibilité (p. ex., la disponibilité des services).

Accès aux services de santé :

L'accès aux services de santé est évalué à l'aide de deux critères : (1) les besoins non satisfaits en matière de soins de santé des populations, et (2) les obstacles à l'accès aux soins de santé.

Ce travail comprend une analyse de la littérature universitaire et grise publiée au cours des 15 dernières années, axée sur les problèmes et les solutions ou recommandations pertinentes pour les trois populations et leurs déterminants sociaux de la santé. Nous avons également inclus un certain nombre de travaux fondamentaux sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en matière de santé qui remontent à plus de 15 ans afin de cadrer notre analyse. La recherche porte principalement sur des études et des articles canadiens portant sur les jeunes adultes et les adultes. Les groupes de population sont définis selon les définitions de Statistique Canada et/ou de l'ICIS.

Constatations

1. Emploi et conditions de travail parmi trois populations clés au Canada

Taux d'emploi et de chômage

Les statistiques sur l'emploi soulignent la répartition inégale des chances pour certaines populations. En décembre 2024, le taux d'emploi de la population noire était de 78,2 %, ce qui est inférieur au taux d'emploi moyen de la population générale, qui était de 83,5 % (Statistique Canada, 2025b). En comparaison, en décembre 2024, les populations sud-asiatiques affichaient un taux d'emploi comparable de 82,1 %. Parmi les populations de l'Asie orientale, le taux d'emploi des Chinois était de 80,1 %, celui des Coréens de 78,8 % et celui des Japonais de 75,5 % (Statistique Canada, 2025b). Les données relatives à la population taïwanaise n'étaient pas disponibles.

À l'inverse, le taux de chômage de la population noire était le plus élevé par rapport aux populations sud-asiatique, chinoise et coréenne (voir tableau 1).

Tableau 1 : Taux de chômage des principales populations en décembre 2024

Groupes de population	Taux de chômage (pourcentage)
Population totale	5,4
Population de minorités visibles	7,6
Population noire	10,3
Population sud-asiatique	7,3
Population chinoise	5,8
Population coréenne	5,9
Population taïwanaise	-
Population japonaise	-

Source des données : (Statistique Canada, 2025b)

Niveau de scolarité et résultats professionnels

Les populations noires et sud-asiatiques sont disproportionnellement touchées par le sous-emploi et la surqualification. La recherche montre que les travailleurs noirs nés au Canada occupent des postes de niveau inférieur par rapport à leurs qualifications et sont moins susceptibles d'obtenir un emploi à temps plein toute l'année (Wall et Wood, 2023). En 2021, 16 % des travailleurs noirs titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme supérieur obtenu au Canada occupaient des postes ne nécessitant qu'un diplôme d'études secondaires ou moins, contre 11,1 % de la population générale ayant fait ses études au Canada. Ce taux de surqualification est le plus élevé parmi les groupes racisés ayant fait leurs études au Canada, dépassant celui des travailleurs sud-asiatiques (14,2 %) et de la population générale.

De même, des recherches montrent que, bien que les populations sud-asiatiques soient plus susceptibles d'avoir un diplôme d'études collégiales ou universitaires, elles se heurtent à plus d'obstacles pour obtenir un emploi et gagnent souvent des salaires inférieurs à ceux des Canadiens blancs, ce qui suggère qu'elles sont la cible de discrimination systémique (Poolokasingham

et coll. 2014). Cette disparité est liée au fait que les titres de compétences étrangers ne sont pas reconnus au Canada après la migration. Malgré un niveau d'éducation plus élevé (c'est-à-dire des études postsecondaires et supérieures), seulement 39 % occupent un emploi dont les tâches sont similaires, en termes de type et de complexité, à celles de leur emploi avant la migration (World Education Services, 2019). Les rapports indiquent que la proportion de Sud-Asiatiques travaillant dans les secteurs professionnels, de la gestion et de l'éducation avant la migration diminue après la migration, ce qui suggère un changement de secteur d'activité après la migration au Canada (World Education Services, 2019). Cela s'explique probablement par le fait que la plupart de ces secteurs sont réglementés au Canada et que les immigrants sud-asiatiques éprouvent des difficultés à faire reconnaître leurs diplômes d'études requis pour exercer ces professions réglementées (Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario et South Asian Women's Rights Organization, 2020)

Une étude du Council of Agencies Serving South Asians (CASSA) montre que, quels que soient leur niveau d'éducation, leur expérience ou leur qualification globale, la plupart des immigrants sud-asiatiques doivent repartir de zéro lorsqu'ils immigreront au Canada (Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario et South Asian Women's Rights Organization 2020). L'étude souligne également que le racisme systémique a une incidence sur les pratiques d'embauche équitables, contribuant souvent à la discrimination à l'égard des Sud-Asiatiques. Par exemple, lors de la présélection des candidats et des CV pour un emploi, les personnes avec un nom à consonance asiatique ont 30 % moins de chances d'être retenues pour un entretien. De même, avoir un « accent prononcé » est considéré comme un obstacle à l'obtention d'un emploi au Canada. Les Sud-Asiatiques sont aussi généralement coincés dans des emplois en bas d'échelle et peu rémunérés et sont souvent écartés des promotions par rapport à leurs homologues en raison d'obstacles systémiques à la promotion et à la mobilité ascendante (Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario et South Asian Women's Rights Organization 2020).

Une analyse plus approfondie suggère que, contrairement aux populations sud-asiatiques, le sous-emploi disproportionné chez les populations noires n'est pas principalement lié à la reconnaissance des titres de compétences étrangères, car le taux de surqualification est constant chez les populations de première génération (15,8 %), de deuxième génération (16,6 %) et de troisième génération ou plus (15,7 %) (Statistique Canada, 2023a). Ces résultats concordent avec le fait que les travailleurs noirs sont plus

susceptibles d'être victimes de discrimination raciale et de traitement injuste en milieu de travail (StatsCAN Plus 2022; Foster et coll. 2023).

Les populations de l'Asie orientale sont le seul groupe qui occupe des emplois correspondant à leurs qualifications scolaires. En 2021, la plupart des populations d'Asie orientale (60 % de la population coréenne, 56,3 % de la population chinoise et 48,2 % de la population japonaise) détenaient un baccalauréat ou un diplôme supérieur, ce qui est bien au-dessus de la moyenne nationale de 32,9 % (Statistique Canada 2023a). Conformément à leur niveau de scolarité élevé, ils représentent chacun une part importante de la population en âge de travailler dans des professions exigeant généralement un baccalauréat ou un diplôme supérieur.

- Les Chinois représentent 5 % de la population en âge de travailler et sont fortement représentés parmi les ingénieurs (10,2 %), les professionnels de l'informatique (12 %) et les médecins (8 %).
- Les Coréens représentent 0,7 % de la population en âge de travailler, mais 5,1 % des chefs religieux et 2,1 % des chefs d'orchestre, compositeurs, arrangeurs, musiciens et chanteurs.
- Les Japonais représentent 0,3 % de la population en âge de travailler et sont également très représentés dans les arts de la scène, puisqu'ils constituent 0,9 % des chefs d'orchestre, compositeurs, arrangeurs, musiciens et chanteurs (Statistique Canada, 2023a).

Écart important entre les taux d'emploi des hommes et des femmes de la population sud-asiatique

En ce qui concerne la population sud-asiatique, les données indiquent un écart important entre les taux d'emploi des hommes et des femmes. En 2021, le taux d'emploi des hommes sud-asiatiques (75,5 %) était supérieur de 15 % à celui des femmes sud-asiatiques (59,7 %), soit trois fois plus que l'écart entre les hommes blancs (70,9 %) et les femmes (65,7 %). Une grande partie de cet écart peut être attribuée au taux d'activité nettement plus faible des femmes sud-asiatiques ayant des enfants de moins de six ans (70,4 %) par rapport aux femmes appartenant à une minorité non visible ayant des enfants du même groupe d'âge (81,0 %) (Statistique Canada, 2021a). Des données plus récentes montrent également une tendance similaire : en décembre

2024, le taux d'emploi des hommes sud-asiatiques était de 88,3 %, contre 74,9 % pour les femmes (Statistique Canada, 2025b).

Une enquête nationale (n = 2 200) montre que, bien qu'elles comptent parmi les femmes les plus instruites, les femmes sud-asiatiques sont disproportionnellement nombreuses à se sentir sous-utilisées au travail (57 %), et 82 % d'entre elles déclarent être insatisfaites de leur emploi (Turner 2022). En outre, 55 % déclarent se sentir moins bien traitées que leurs collègues sur leur lieu de travail, et 60 % affirment être rabaissées par leurs collègues ou leurs supérieurs. Les femmes sud-asiatiques sont également largement sous-représentées aux postes de direction, notamment au sein des conseils d'administration des entreprises, en raison d'obstacles systémiques à l'avancement professionnel (Turner, 2022).

Une étude nationale menée auprès de plus de 3 000 dirigeants du secteur de la santé au Canada révèle une sous-représentation importante des personnes racisées aux postes de direction, en particulier par rapport à la diversité raciale des communautés qu'ils servent (Sergeant et coll. 2022). Dans cette étude, les raisons de cette disparité sont attribuées à des obstacles systémiques tels que le mentorat limité, les pratiques d'embauche discriminatoires et un bassin de candidats plus restreint (Sergeant et coll. 2022).

Obstacles à la recherche d'emploi

- Barrières linguistiques
- Inaccessibilité des ressources et de l'information sur l'emploi
- Manque de services de garde abordables, en particulier pour les femmes sud-asiatiques
- Manque d'expérience canadienne pour les travailleurs immigrés
- Difficultés liées à la reconnaissance des compétences et des études
- Discrimination dans le processus d'embauche
- Manque d'accès aux transports
- Manque de réseau et d'occasions de réseautage

Difficultés financières systémiques et disparités de revenus chez les propriétaires d'entreprises noirs

Le nombre d'entreprises détenues par des Noirs augmente au Canada, mais les difficultés financières systémiques et les disparités de revenus persistent, ce qui a une incidence sur la viabilité et la croissance des entreprises détenues par des Noirs. En 2018, les propriétaires d'entreprises noirs représentaient 2,1 % de l'ensemble des propriétaires d'entreprises au pays (Gueye, 2023). Entre 2005 et 2018, la représentation des entrepreneurs noirs a augmenté tant parmi les propriétaires d'entreprises constituées en société que parmi ceux qui ne le sont pas (Gueye 2023). En 2018, la majorité des propriétaires d'entreprises noirs étaient des hommes (70,4 %) et des immigrants (61,4 %) (Gueye 2023). Cependant, il existe des différences de revenus importantes entre les propriétaires d'entreprises noirs au Canada. Les hommes noirs propriétaires d'entreprise ont le revenu moyen le plus bas (56 100 \$), gagnant 9 500 \$ de moins que les hommes propriétaires d'entreprise issus d'autres groupes racisés et 43 300 \$ de moins que les hommes blancs propriétaires d'entreprise (Gueye 2023). Pour les femmes noires propriétaires d'entreprises, le revenu moyen (55 700 \$) est comparable à celui de leurs homologues racisées (54 800 \$), mais 16 000 \$ de moins que celui des femmes blanches (Gueye, 2023). Les entreprises détenues par des personnes noires sont également plus petites que celles détenues par des personnes blanches ou d'autres personnes racisées (Gueye 2023).

Dans l'ensemble, les données indiquent que les entreprises appartenant à des Noirs ne réalisent peut-être pas leur plein potentiel, car elles sont souvent plus petites et génèrent moins de profits que les autres entreprises. Cela s'explique en partie par le fait que les entreprises appartenant à des Noirs sont confrontées à des difficultés de financement systémiques qui limitent leur croissance et leur rentabilité. Par exemple, les propriétaires d'entreprises noirs sont plus susceptibles de se voir refuser des prêts. Lorsque ceux-ci leur sont accordés, les institutions financières leur imposent des taux d'intérêt plus élevés. Une source importante de financement pour les petites entreprises provient des « négociateurs », c'est-à-dire des entrepreneurs expérimentés qui réinvestissent dans de nouvelles entreprises. Cependant, ces réseaux sont principalement composés de personnes blanches, ce qui limite l'accès des entrepreneurs noirs à ce système de soutien essentiel (Gueye 2023).

Les entrepreneurs noirs ont souvent du mal à obtenir des prêts bancaires et doivent payer des taux d'intérêt plus élevés que les autres.

Les disparités persistantes en matière d'emploi auxquelles sont confrontées les populations noires au Canada trouvent leur origine dans le racisme systémique, qui se manifeste par un accès inégal aux occasions, la

ségrégation professionnelle et une discrimination généralisée. Malgré les progrès réalisés dans les domaines de l'éducation et de l'entrepreneuriat, les personnes noires sont confrontées à des taux de chômage plus élevés, au sous-emploi, à des disparités de revenus et à une représentation limitée aux postes de direction. Ces défis sont encore aggravés par des obstacles financiers et structurels qui nuisent à la mobilité économique et à l'équité sur le lieu de travail. Pour remédier à ces problèmes, des changements systémiques sont nécessaires, notamment des pratiques d'embauche équitables, un meilleur accès au mentorat et aux ressources financières, ainsi que des mesures proactives visant à démanteler le racisme au sein des institutions.

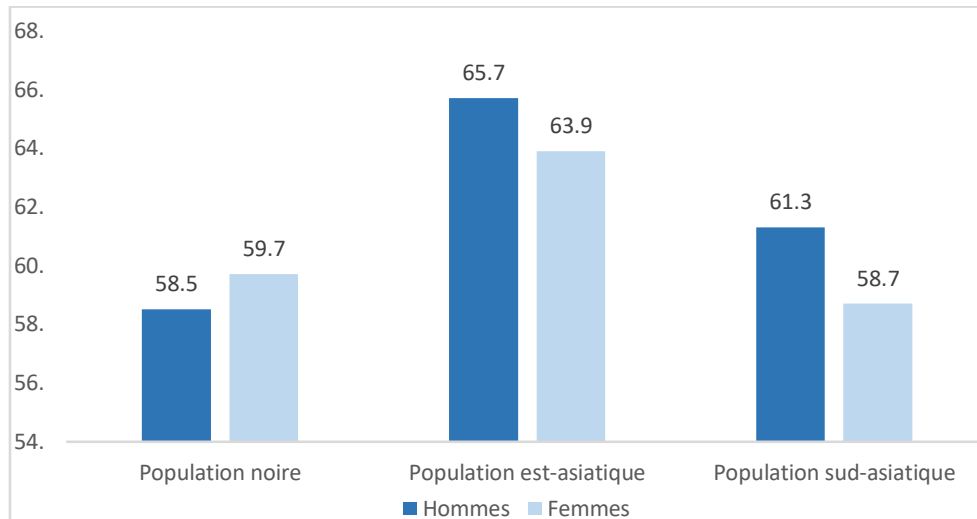
Couverture syndicale et congés maladie payés

Les données indiquent que les travailleurs noirs déclarent le taux de couverture syndicale le plus élevé par rapport aux travailleurs sud-asiatiques et est-asiatiques, qui sont les moins susceptibles d'être syndiqués. En 2022, un document de recherche du Centre for Future Work (W. Ng, Khan et Stanford 2024) a présenté les conclusions suivantes :

- Les travailleurs noirs ont déclaré un taux de couverture syndicale de 33,6 %, contre 30,3 % pour l'ensemble de la population.
- La population sud-asiatique avait un taux de couverture syndicale de 19,4 % (moins d'un travailleur sur cinq).
- Les populations de l'Asie orientale avaient un taux de couverture syndicale de 22,3 %.

En ce qui concerne la couverture des congés de maladie payés, les données montrent que les travailleurs chinois ont les taux les plus élevés de couverture des congés de maladie payés par rapport aux autres groupes racisés (MacIsaac et Morissette, 2023). Le taux plus élevé de couverture des congés de maladie payés parmi la population chinoise est probablement lié en partie à leurs secteurs d'emploi. En 2023, un peu plus d'un employé chinois sur quatre (26,7 %) travaillait dans les secteurs de la finance, de l'assurance, de l'immobilier, de la location et du crédit-bail ou des services professionnels, scientifiques et techniques, qui affichent des taux élevés de couverture des congés de maladie payés. Les employés chinois sont environ deux fois plus susceptibles de travailler dans ces industries que leurs homologues blancs et non autochtones (13,4 %) (Statistique Canada, 2024c). Les données pour les populations japonaise, coréenne et taïwanaise ne sont pas disponibles. La figure 1 présente la répartition de la couverture des congés de maladie payés par sexe pour les trois populations clés.

Figure 1 : Répartition de la couverture des congés de maladie par sexe pour les trois populations



Source : (MacIsaac et Morissette, 2023)

Augmentation de la précarité de l'emploi pendant la pandémie

Au début de la pandémie de COVID-19, les populations sud-asiatiques et noires ont été confrontées à une précarité de l'emploi accrue. Le taux de chômage des populations sud-asiatiques âgées de 15 à 69 ans était supérieur de 17,8 % au taux de chômage national au Canada (11,3 %) (Statistique Canada, 2020). De même, les données de l'Enquête sur la population active de janvier 2020 à janvier 2021 ont montré que le taux de chômage a augmenté davantage parmi les populations noires (+5,3 points de pourcentage) que parmi leurs homologues blancs (+3,7 points de pourcentage) (Statistique Canada, 2021d). En outre, les jeunes Noirs âgés de 15 à 24 ans ont connu des taux de chômage particulièrement élevés pendant la pandémie, près d'un tiers de la population active de ce groupe (30,6 %) étant au chômage en janvier 2021, soit près du double du taux des jeunes appartenant à des minorités non visibles (15,6 %) (Statistique Canada, 2021d).

De nombreux immigrants sud-asiatiques occupant un emploi précaire ou ayant un statut d'immigration précaire étaient sans emploi depuis le début de la pandémie en mars 2020 (Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario et South Asian Women's Rights Organization, 2020). La Prestation canadienne d'urgence a été mise en place par le

gouvernement fédéral, mais des rapports indiquent que de nombreux Sud-Asiatiques n'étaient pas admissibles à cette aide financière en raison de leur statut d'immigrant (Thobani et Butt, 2022). Une enquête nationale menée par l'Association d'études canadiennes (2020) pendant la phase initiale de la pandémie de COVID-19 a révélé ce qui suit :

- Soixante-quinze pour cent des Sud-Asiatiques interrogés ont déclaré que la crise économique constituait une menace pour leurs finances personnelles, contre 52 % des Nord-Américains blancs interrogés.
- Les travailleurs étrangers temporaires sud-asiatiques ont travaillé dans des conditions dangereuses pendant la pandémie et beaucoup d'entre eux occupaient des emplois essentiels de première ligne mal rémunérés, ce qui les rendait plus susceptibles de contracter la COVID-19.

Si de nombreux hommes sud-asiatiques ont travaillé à domicile (40,3 % contre 33,4 % des femmes) dès le début de la pandémie, d'autres n'ont pas eu cette chance. Les Sud-Asiatiques étaient deux fois plus susceptibles de vivre dans un ménage déclarant avoir des difficultés à subvenir à leurs besoins financiers essentiels (29,6 %) que les Canadiens blancs (15,7 %) (Statistique Canada, 2021a).

Nous n'avons pas trouvé de données sur la précarité de l'emploi parmi les populations d'Asie orientale pendant la pandémie, mais des recherches suggèrent une discrimination accrue à leur égard sur le lieu de travail pendant cette période. Des études montrent que les populations d'Asie orientale ont été victimes de violences verbales et physiques pendant la pandémie, en particulier celles qui exerçaient des professions en contact avec le public. Cela les a fait se sentir en danger et socialement isolés, ce qui a eu une incidence sur leur bien-être émotionnel (Leigh et coll. 2022). Une autre étude a abouti à des résultats similaires, les populations de l'Asie orientale étant victimes de plus de discrimination que les Canadiens blancs. Plus précisément, sur un indice de discrimination perçue de 0 à 5, les Canadiens blancs ont déclaré un score moyen de 0,53 tandis que les populations de l'Asie orientale ont déclaré un score d'environ 1,00 (Wu et coll. 2020a).

Les répondants sud-asiatiques de la Colombie-Britannique ont déclaré ce qui suit :

- Ils étaient moins susceptibles d'occuper un emploi offrant des congés de maladie, 54 % des répondants indiquant qu'ils ne bénéficiaient pas de congés de maladie payés.
- Quarante-trois pour cent des répondants sud-asiatiques ont déclaré avoir été victimes de discrimination sur leur lieu de travail.

2. Le logement et l'environnement bâti chez trois populations clés au Canada

Le logement est la pierre angulaire du bien-être communautaire et de l'inclusion sociale, car il offre la sécurité, l'accès aux services essentiels et des occasions de créer des liens avec la communauté. Le logement est essentiel à la santé et au bien-être. La *Loi sur la stratégie nationale sur le logement* (2019) stipule que le droit à un logement adéquat est un droit fondamental de la personne reconnu en droit international (c.-à-d. un logement qui offre une sécurité d'occupation et l'accès aux infrastructures de base, qui est abordable, habitable, situé à proximité du lieu de travail, des services et des commodités, accessible à toutes les personnes, quelles que soient leurs capacités, et adapté à la culture) (Gouvernement du Canada, 2019). Néanmoins, nous avons constaté que certaines populations sont victimes de discrimination et de disparités dans l'accès à un logement abordable.

Accession à la propriété

L'accession à la propriété procure une stabilité financière et est un indicateur d'établissement à long terme, mais certaines populations affichent des taux d'accession à la propriété disproportionnellement bas. Par exemple, les populations noires au Canada ont des taux de propriété inférieurs à ceux des autres groupes. En 2021, 84,5 % des Chinois, 63,9 % des Coréens, 69,8 % des Japonais et 70,3 % des Sud-Asiatiques vivaient dans des logements occupés par leur propriétaire, contre 71,9 % de la population totale (Statistique Canada, 2023c). En comparaison, seulement 45,2 % des

personnes noires vivaient dans des logements dont elles étaient propriétaires, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale de 71,9 % et inférieur à tous les autres groupes racisés (64,7 %) (Statistique Canada 2023c). L'accès limité aux ressources et les obstacles systémiques contribuent à cette disparité parmi les populations noires.

Une étude sur les modes de propriété chez les groupes de personnes racisées nées au Canada (entre 1970 et 1990) montre que les populations sud-asiatique (80 % et plus) et chinoise (79 % et plus) ont les taux d'accession à la propriété les plus élevés entre le début de la vingtaine et le début de la quarantaine (Stick, Hou et Schimmele, 2023). Cette proportion plus élevée d'accession à la propriété pourrait s'expliquer principalement par la tendance de ces populations à vivre dans la maison familiale, 90 % ou plus des logements étant détenus par leur famille. En comparaison, les populations noires âgées de 20 à 40 ans ont des taux d'accession à la propriété plus faibles (49 % et plus), qu'elles vivent ou non avec leurs parents.

Les données de l'Enquête canadienne sur le logement de 2018 indiquent que les personnes d'origine chinoise sont moins susceptibles de vivre dans un logement locatif (15 %) que l'ensemble de la population (27 %) et moins susceptibles de vivre dans un logement locatif subventionné (1 %, contre 3 % pour l'ensemble de la population) (Randle, Zheren et Zachary, 2021a). Par rapport aux hommes chinois, les femmes chinoises étaient tout aussi susceptibles de vivre dans un logement occupé par leur propriétaire (35 % contre 34 %) (Randle, Zheren et Zachary 2021a).

Selon le recensement de 2016, la proportion de Coréens (38,2 %) vivant dans des logements loués était supérieure à celle de la population totale (26,6 %), avec une proportion similaire de Coréens (3,0 %) vivant dans des logements locatifs subventionnés par rapport à la population totale (3,3 %) (Randle, Thurston et Kubwimana 2022b). Les Japonais étaient moins susceptibles de vivre dans des logements locatifs subventionnés (2,4 %) que l'ensemble de la population (3,3 %) (Randle, Thurston et Kubwimana, 2022a).

Besoins impérieux en matière de logement

En 2021, les trois populations clés avaient des besoins impérieux en matière de logement par rapport à la moyenne de 7,7 % pour l'ensemble de la population (Statistique Canada, 2023c) et à 11,3 % pour les Canadiens racisés (voir le tableau 2).

Tableau 2 : Besoins impérieux en matière de logement en 2021

Population totale	7,7 %
Populations racisées	11,3 %
Populations noires	13,2 %
Population sud-asiatique	9,1 %
Population chinoise	12,9 %
Population coréenne	18,7 %
Population japonaise	9,4 %
Population taïwanaise	Données non disponibles

Source des données : (Statistique Canada, 2023c)

Abordabilité du logement

En ce qui concerne l'abordabilité du logement, en janvier 2021, la population noire était près de deux fois plus susceptible que les Canadiens blancs (32,2 % contre 16,6 %) d'avoir été confrontée à l'inaccessibilité au logement (Statistique Canada, 2021d). En 2018, 32 % de la population chinoise était confrontée à l'inaccessibilité au logement, contre 18 % de la population totale (Randle, Zheren et Zachary 2021a). Les personnes d'origine chinoise vivant dans un logement occupé par leur propriétaire (32 %) étaient plus susceptibles d'être confrontées à l'inaccessibilité au logement que l'ensemble de la population vivant dans un logement occupé par leur propriétaire (15 %). Dans d'autres communautés d'Asie orientale, 38,8 % des Japonais (Randle, Thurston et Kubwimana, 2022a) et 48,5 % des Coréens (Randle, Thurston et Kubwimana, 2022b) vivaient dans des ménages qui consacraient plus de 30 % de leur revenu total au logement, contre 20 % de la population totale. Cela signifie que les Coréens étaient plus de deux fois plus susceptibles que la population totale d'être confrontés à l'inaccessibilité au logement. Un taux élevé d'inaccessibilité au logement a été observé chez les Coréens vivant dans un logement occupé par leur propriétaire (40,4 %) ainsi que chez ceux vivant dans un logement loué (61,6 %), par rapport aux taux nationaux (14,7 % pour les logements occupés par leur propriétaire et 34,5 % pour les logements loués). Cela signifie que les Coréens vivant dans des logements locatifs ont connu un taux d'inaccessibilité au logement presque deux fois

plus élevé que celui de l'ensemble de la population vivant dans des logements locatifs.

Une autre étude examinant les tendances à long terme de l'abordabilité du logement, dans la région métropolitaine de recensement de Toronto entre 1991 et 2016 a montré que le taux de logements inabordables et très inabordables est constamment supérieur d'environ 10 % pour les ménages sud-asiatiques, noirs et chinois par rapport aux ménages non racisés (Leon et Iveniuk 2021). L'un des facteurs contribuant à cette situation pourrait être le statut socioéconomique lié à l'immigration; des rapports montrent que les groupes d'immigrants ont tendance à être confrontés à davantage de difficultés en matière de logement que leurs homologues non immigrants (Statistique Canada 2023c). Pendant la pandémie de COVID-19, un rapport indiquait que 46 % des personnes d'origine sud-asiatique interrogées déclaraient avoir des difficultés à payer leur loyer ou leur hypothèque, contre 19 % des Canadiens blancs (Jedwab 2020).

Parmi les populations sud-asiatiques, 26 % vivent dans des ménages qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu total au logement, contre 18 % de la population totale (Randle, Zheren et Zachary, 2021b). Les taux élevés d'inaccessibilité au logement parmi les populations sud-asiatiques et est-asiatiques peuvent être associés à leur tendance accrue à vivre dans des zones urbaines telles que Vancouver et Toronto, où les coûts du logement sont élevés (Choi et Ramaj 2024).

En 2016, alors que 75 % des ménages non racisés avaient des coûts de logement inférieurs à 30 % de leur revenu, seulement 64 % des ménages sud-asiatiques, 65 % des ménages noirs et 67 % des ménages chinois avaient ce niveau d'abordabilité du logement (Leon et Iveniuk, 2021).

Obstacles à l'accès à un logement abordable et à l'état du logement

Le Code des droits de la personne de l'Ontario stipule que toute personne a droit à un traitement égal en matière de logement, sans discrimination. Cependant, une étude du Canadian Centre for Housing Rights (CCHR) (Centre canadien des droits en matière de logement) révèle que les immigrants déclarent subir un niveau élevé de discrimination de la part des fournisseurs de logements et se heurter à de nombreux obstacles pour accéder au logement à Toronto (Centre canadien des droits en matière de logement, 2022). Selon certains rapports, 85 à 92 % des ménages immigrés

sont victimes de discrimination lorsqu'ils se renseignent sur les appartements disponibles, ce qui constitue un obstacle important à leur accès au logement (Centre for Equality Rights in Accommodation, s.d.). Par exemple, une étude d'audit sur la discrimination menée par le CCHR a montré que les femmes qui divulguent leur statut de nouvelle arrivante sont victimes de 62 % de discrimination en plus lorsqu'elles ont un accent racisé, par rapport aux femmes qui n'ont pas d'accent racisé. Les hommes qui ont révélé leur statut de nouvel arrivant ont été victimes de 267 % de discrimination en plus lorsque leur accent était perçu comme racisé, par rapport aux nouveaux arrivants masculins qui n'avaient pas d'accent racisé. De même, les femmes racisées nouvellement arrivées ont été victimes de 563 % de discrimination en plus lorsqu'elles ont révélé qu'elles élevaient un enfant, par rapport à celles qui n'avaient pas révélé leur statut parental (Centre canadien pour le droit au logement, 2022).

Obstacles courants à l'accès à un logement abordable

- Discrimination fondée sur la race
- discrimination fondée sur la structure familiale (p. ex., famille monoparentale)
- manque de familiarité avec Toronto et les normes associées à la recherche d'un logement
- discrimination sexospécifique
- discrimination fondée sur le fait de recevoir de l'aide sociale

Source des données : (Canadian Centre for Housing Rights, 2022)

Un rapport de la Toronto Community Housing Corporation (TCHC), l'un des plus grands fournisseurs de logements au Canada, met en évidence la manière dont le racisme anti-Noirs se manifeste dans les environnements résidentiels de la population noire. Le rapport reconnaît que les inégalités systémiques auxquelles est confrontée la population noire, qui se traduisent par des taux de pauvreté disproportionnés, la rendent plus susceptible de dépendre des logements subventionnés (Toronto Community Housing 2021). Dans ce contexte, les résidents noirs sont confrontés au racisme sous forme de stigmatisation, de surveillance, de préjugés dans l'évaluation des risques, d'érosion de la confiance et du développement communautaire ainsi que de mesures policières. Les locataires noirs sont souvent l'objet d'un contrôle plus strict et de stéréotypes, et sont perçus comme des risques ou des auteurs de

troubles plutôt que comme des membres de la communauté ayant des besoins légitimes. Les pratiques telles que le signalement des locataires pour « sous-peuplement » obligent les familles à vivre dans des conditions de promiscuité, ce qui exacerbe le stress et porte atteinte à la dignité.

L'approche de « gestion des risques » des fournisseurs de logements intègre des préjugés raciaux qui touchent de manière disproportionnée les locataires noirs, sur la base d'hypothèses relatives à la pauvreté et à la criminalité, tandis que les décisions relatives à l'allocation des ressources marginalisent souvent leurs préoccupations. Le comportement du personnel, comme le fait d'ignorer les pratiques culturelles ou religieuses, témoigne d'un manque de respect et de compréhension des expériences vécues par les locataires, tandis que les programmes communautaires qui pourraient atténuer l'exclusion sociale sont souvent relégués au second plan, privant ainsi les locataires d'un soutien essentiel. De plus, l'Unité de sécurité communautaire (USC), chargée d'assurer la sécurité, applique les politiques de manière à aliéner les locataires noirs, perpétuant ainsi la peur et la criminalisation et reflétant la surveillance policière excessive dont font l'objet les communautés noires (Toronto Community Housing 2021).

3. Accès aux services de santé pour trois populations clés au Canada

Besoins non satisfaits en matière de soins de santé

En 2022, près de 3 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir des besoins non satisfaits en matière de soins de santé (9,2 %), ce qui représente une augmentation par rapport à 2021 (7,9 %) (Statistique Canada, 2023b). En 2022, les besoins non satisfaits variaient d'une région à l'autre du pays, une proportion plus élevée de personnes dans les provinces de l'Atlantique (12,6 %) et en Colombie-Britannique (10,9 %) déclarant avoir des besoins en soins de santé non satisfaits, comparativement à la moyenne canadienne (9,2 %). Le taux de besoins en soins de santé non satisfaits en Ontario était de 8,5 %. Lorsqu'ils sont ventilés en fonction de l'âge, les besoins en santé non satisfaits étaient les plus élevés chez les 25 à 54 ans (voir le tableau 3). Des différences entre les sexes ont également été observées en ce qui concerne les besoins non comblés en matière de soins de santé, les femmes (10,4 %) étant plus nombreuses que les hommes (8,0 %) à signaler un besoin (Statistique Canada, 2023b).

Tableau 3 : Besoins non satisfaits en matière de soins de santé (en pourcentage) dans tous les groupes d'âge

15 à 24 ans	7,4 %
25 à 54 ans	10,9 %
55 à 64 ans	9,3 %
65 ans et plus	6,5 %

Source des données : (Statistique Canada, 2023b)

Les besoins non satisfaits en matière de soins de santé sont étroitement liés aux problèmes d'accès. Un rapport suggère qu'en 2023, une proportion plus faible d'adultes racisés avaient un prestataire de soins de santé régulier par rapport aux Canadiens blancs, comparativement aux adultes blancs (83,8 %), ce qui n'était le cas que de 72,3 % des adultes noirs, 70,7 % des adultes coréens et 80,4 % des adultes chinois (Statistique Canada, 2023b).

Bien que les données sur la variation des besoins en santé mentale non satisfaits au sein de trois populations clés demeurent limitées, une étude ontarienne de 2018 a révélé que l'utilisation des services était nettement plus faible chez les populations chinoises, sud-asiatiques et noires. Par exemple, seulement 19,8 % de la population chinoise avec une santé mentale passable ou mauvaise a consulté un professionnel, contre 53,2 % de la population blanche. De même, 51,4 % des personnes sud-asiatiques et 43,6 % des personnes noires ayant déclaré avoir des pensées suicidaires ont consulté un professionnel, ce qui met en évidence des disparités persistantes dans l'accès et l'utilisation des services de santé mentale (Chiu et coll. 2018).

Les populations racisées au Canada connaissent des disparités importantes en matière de santé physique par rapport aux adultes blancs, en particulier en ce qui concerne les maladies chroniques comme le diabète. Selon les données du gouvernement du Canada (2022), la prévalence du diabète est nettement plus élevée chez certains groupes racisés. Les adultes sud-asiatiques sont 2,3 fois plus susceptibles d'être atteints de diabète que les adultes blancs, tandis que les taux sont 1,9 fois plus élevés chez les adultes noirs. Ces disparités sont particulièrement marquées chez les hommes, ce qui suggère que le genre peut interagir avec la race et l'origine ethnique pour aggraver ce risque pour la santé (Gouvernement du Canada, 2022). Une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) à l'échelle nationale suggère que l'écart racial en matière de besoins non

satisfaits en santé mentale pourrait se réduire. Entre 2012 et 2022, le taux de besoins en santé mentale non satisfaits déclarés par les personnes racisées était inférieur de 8,1 % à celui déclaré par les personnes blanches (Gouvernement du Canada, 2024a).

En ce qui concerne l'état de santé et la santé mentale déclarés par les répondants, les données indiquent qu'une proportion plus élevée de personnes de race noire déclarent que leur état de santé est passable ou mauvais par rapport à leurs homologues n'appartenant pas à une minorité visible. Entre 2010 et 2013, 14,2 % des personnes noires ont déclaré que leur santé était passable ou mauvaise, contre 11,3 % des personnes appartenant à des minorités non visibles. En outre, 15 % des femmes noires ont déclaré que leur santé était passable ou mauvaise (gouvernement du Canada, 2020). En ce qui concerne la santé mentale perçue en 2023 (T3), 20 % des Noirs, 18,6 % des Sud-Asiatiques et 23,9 % des Chinois ont déclaré que leur santé mentale était passable ou mauvaise, contre 19,2 % des groupes appartenant à des minorités non visibles (Statistique Canada, 2024b). Les données pour les populations coréenne, japonaise et taïwanaise ne sont pas disponibles.

Obstacles à l'accès aux services de santé

Les populations exposées à des événements stressants et au stress social, à de faibles revenus, à des réseaux de soutien insuffisants et à des dispositifs de protection sociale déficients sont plus susceptibles d'avoir une santé physique et mentale plus précaire, ce qui se traduit par un besoin accru de services de santé. Les populations racisées sont plus susceptibles d'être exposées à des déterminants sociaux qui favorisent les problèmes de santé. Cependant, les recherches montrent que beaucoup d'entre elles ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin. Des études montrent que les populations immigrantes au Canada ont un accès réduit aux soins de santé primaires (Dahal et coll. 2024). Dans la section suivante, nous cernons les obstacles à l'accès aux soins de santé chez les trois populations clés au Canada. Étant donné que nous avons constaté de nombreuses similitudes dans les obstacles rencontrés par les trois populations pour accéder aux services de santé, nous présentons nos conclusions sous trois grandes catégories (Sanford, Yin et Sheppard, 2024) : intrapersonnels, interpersonnels et systémiques.

Obstacles à l'accès aux soins de santé

Intrapersonnels

- Connaissances relatives au système de santé
- Stigmatisation

Interpersonnels

- Expériences de discrimination
- Barrières linguistiques
- Différences culturelles

Systémiques

- Obstacles économiques
- Accès à un prestataire de soins de santé régulier
- Manque de services
- Racisme et discrimination systémiques
- Manque de soins adaptés à la culture

Obstacles intrapersonnels

Connaissances liées au système de santé

La connaissance du système de soins de santé et l'accès à l'information jouent un rôle crucial pour permettre aux immigrants d'utiliser efficacement les services de santé. Le manque de connaissance du système de santé canadien et la difficulté à s'y retrouver constituent des obstacles importants à l'accès aux services de santé (Black Health Alliance, 2020; Devlin, 2023; Turin et coll. 2020b; Dahal et coll. 2024). Les personnes nouvellement arrivées au Canada ne connaissent pas les services de santé disponibles et ne savent pas toujours comment fonctionne le système de santé canadien. Des rapports indiquent que les immigrants s'informent souvent sur les services de santé disponibles par l'intermédiaire d'amis ou de collègues. Pour les populations immigrantes, le manque de soutien social entrave l'accès aux soins (Turin, Rashid, Ferdous, Naeem, et coll. 2020; Richter et coll. 2020). Le manque de liens sociaux affecte souvent leur capacité à naviguer dans le système de soins de santé. Des recherches montrent que les immigrantes chinoises qui connaissent mal le système de soins de santé canadien sont plus susceptibles de se fier à des sources informelles (comme des discussions avec des membres de leur famille) plutôt qu'à des sources fiables pour obtenir des renseignements sur la santé. Cela limite leur accès à des renseignements complets sur la santé et diminue leur recours à des mesures préventives, comme le dépistage du cancer (Zhu et coll. 2024). De plus, le

fait qu'au Canada, les gens doivent attendre d'être acceptés par un médecin influence également l'accès aux soins. Les nouveaux migrants doivent donc souvent se tourner vers des cliniques sans rendez-vous plutôt que vers un médecin de famille régulier, ce qui nuit à la continuité des soins (Dahal et coll. 2024; Richter et coll. 2020).

Stigmatisation

La stigmatisation associée à la maladie mentale constitue un obstacle important à l'accès aux soins de santé mentale (Black Health Alliance, 2020; Islam et coll. 2017). Les maladies mentales continuent d'être stigmatisées dans de nombreuses populations, notamment les populations noires, sud-asiatiques et est-asiatiques. La stigmatisation des maladies mentales désigne les perceptions négatives que les gens ont des problèmes de santé mentale et des maladies mentales. Elle reste l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins de santé mentale. Parmi les trois populations, la peur d'être jugée et la réticence de la famille à recourir aux soins de santé mentale sont quelques-uns des obstacles à l'accès aux soins de santé mentale (Tiyondah Fante-Coleman et Jackson-Best 2020; Naeem et coll. 2024; Islam et coll. 2017; Faruquzzaman 2020; Sanford, Yin et Sheppard 2024; Chiu Maria 2017). L'autostigmatisation et le sentiment de honte des populations de l'Asie orientale et de l'Asie du Sud et de leurs familles sont aggravés par les différences culturelles dans la perception de la maladie mentale. Par exemple, l'idée que la maladie mentale doit être gérée au sein de la famille peut entraîner des retards dans la recherche d'aide (Chiu Maria, 2017).

Obstacles interpersonnels

Discrimination

Les expériences de discrimination au sein du système de soins de santé entraînent des disparités dans l'accès à des services de santé de qualité. Un rapport de la Black Health Alliance (Tiyondah Fante-Coleman, Booker et coll. 2022) montre que les populations noires de l'Ontario sont négligées, mal comprises ou mal traitées lorsqu'elles tentent d'accéder aux soins. De plus, la méfiance, le manque de communication et de partage d'informations efficaces, le manque d'écoute du client, le traitement irrespectueux et les consultations trop courtes sont quelques-uns des facteurs ayant une incidence sur la qualité des soins (Pederson Aderonke Bamgbose 2023; Majid et coll. 2016; Dahal et coll. 2024).

Barrières linguistiques

La langue constitue un autre obstacle à l'accès aux soins. Des recherches montrent que pour les populations sud-asiatiques et est-asiatiques, les barrières linguistiques et le manque de services d'interprétation ont également une incidence sur la qualité des soins (Wang et Kwak, 2015; Turin, Rashid, Ferdous, Naeem, et al. 2020). Selon le recensement de 2021, 4,6 millions de personnes (12,7%) au Canada parlent une langue autre que le français ou l'anglais. Les services d'interprétation dans les établissements de soins de santé deviennent donc essentiels pour recevoir des soins de qualité. Cependant, les services d'interprétation sont inégaux à travers le Canada et très peu de progrès ont été réalisés pour réduire les obstacles linguistiques aux soins (Arya et coll. 2024). Parmi les populations sud-asiatiques et est-asiatiques, le manque de maîtrise de l'anglais, associé à l'indisponibilité d'interprètes parlant leur langue préférée, empêche de comprendre ce que disent les médecins et les réceptionnistes. Ce sentiment d'incompréhension entrave à son tour l'accès aux soins de santé (Turin, Rashid, Ferdous, Naeem, et coll. 2020; Dahal et coll. 2024; Wang et Kwak 2015). Les recherches suggèrent que les barrières linguistiques conduisent souvent à des rendez-vous manqués et à une sous-utilisation des services spécialisés tels que le dépistage du cancer et les services de santé mentale chez les immigrants chinois (Zhu et coll. 2024; Wang et Kwak 2015).

Différences culturelles

L'orientation culturelle et les différences culturelles ont également une incidence sur l'accès aux soins. Les recherches montrent que les pratiques des populations immigrantes en matière de recours aux soins de santé et leurs attentes lorsqu'elles ont accès à ces soins sont souvent influencées par les différences culturelles entre leur pays d'origine et le Canada. Elles ont souvent tendance à comparer les systèmes de santé des deux pays, et cette différence constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins de santé (Turin, Rashid, Ferdous, Chowdhury, et coll. 2020; Wang et Kwak, 2015; Richter et coll. 2020; Dahal et coll. 2024). Par exemple, les immigrants de Chine ont des croyances et des attitudes différentes de celles de la population canadienne à l'égard de la santé et des soins de santé. Ils peuvent également avoir des valeurs culturelles distinctes de celles de la culture canadienne, ce qui les rend plus susceptibles de signaler des obstacles à l'accès aux services (Zhu et coll. 2024). De plus, le recours à la médecine traditionnelle et culturelle par opposition à la forte dépendance à l'égard de l'approche clinique et biomédicale des soins dans le système de soins de santé canadien a souvent une incidence sur l'accès aux soins de santé

(Wang et Kwak, 2015; Richter et coll. 2020; Naeem et coll. 2024). Par conséquent, de nombreux immigrants de l'Asie orientale ont recours à des médecines douces telles que l'acupuncture et la phytothérapie, qui sont culturellement pertinentes et faciles à comprendre (Zhu et coll. 2024).

Obstacles systémiques

Obstacles économiques

Les facteurs économiques constituent l'un des obstacles systémiques les mieux documentés à l'accès aux soins. Un faible revenu a une incidence négative sur l'accès aux services de soins de santé et leur utilisation. Les obstacles économiques liés au paiement des services non couverts par le système de santé public, ainsi que l'absence d'assurance maladie privée, entravent souvent l'accès aux soins et aux traitements. Le manque de fonds peut également empêcher les gens d'acheter les médicaments nécessaires. De plus, les nouveaux immigrants signalent des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé primaires. Ces obstacles à l'accès aux soins comprennent la difficulté de trouver un emploi valorisant, le fait d'avoir plusieurs emplois, l'augmentation des heures de travail, les bas salaires et la difficulté générale à subvenir à leurs besoins financiers quotidiens (Bajgain et coll. 2020). De plus, le délai d'attente de trois mois après l'arrivée au Canada pour bénéficier de l'assurance maladie publique pose des difficultés d'accès aux soins pour certaines populations. Enfin, les coûts de transport et/ou l'absence de moyens de transport peuvent également avoir une incidence sur l'utilisation des services (Turin, Rashid, Ferdous, Chowdhury, et coll. 2020; Dahal et coll. 2024; Turin, Rashid, Ferdous, Naeem, et al. 2020; Zhu et coll. 2024).

Accès à un prestataire de soins de santé régulier

Un prestataire de soins de santé régulier est un professionnel de la santé (c.-à-d. un médecin de famille ou un médecin généraliste) ou une infirmière praticienne qu'une personne consulte ou à qui elle s'adresse lorsqu'elle a besoin de soins ou de conseils concernant sa santé. Ils sont généralement le premier contact en matière de soins primaires au Canada. En 2021, 14,4 % des Canadiens n'avaient pas accès à un prestataire de soins de santé régulier (Statistique Canada, 2023b). Par rapport aux adultes blancs, il existe de grandes disparités dans l'accès aux prestataires de soins de santé chez les adultes racisés. Par exemple, les populations noires au Canada sont moins susceptibles d'avoir accès à un médecin de famille et sont plus

susceptibles de dépendre des cliniques sans rendez-vous (Anderson, Flora, et coll. 2015). Dans une autre étude sur l'accès aux services de santé mentale, les Canadiens d'origine afro-caribéenne ont attendu en moyenne 16 mois pour recevoir des soins, soit deux fois plus que leurs homologues blancs (Anderson, Cheng, et coll. 2015). Parmi les adultes sud-asiatiques, 6 % ont moins accès à un prestataire de soins de santé régulier que les adultes blancs (Agence de la santé publique du Canada 2022).

Parmi ceux qui ont un prestataire de soins de santé, 58,3 % attendent trois jours ou moins pour obtenir un rendez-vous (Statistique Canada, 2023b). Des recherches documentent la difficulté de trouver un médecin de famille, les longs délais d'attente et la lenteur du processus d'orientation comme obstacles à l'accès aux soins (Olukotun et coll. 2024; Wang et Kwak, 2015; Ou et coll. 2017; Devlin 2023; Turin, Rashid, Ferdous, Naeem, et al. 2020; Turin, Rashid, Ferdous, Chowdhury, et al. 2020; Dahal et coll. 2024; Bajgain et coll. 2020). Les recherches montrent de longs délais d'attente non seulement pour accéder à un prestataire de soins de santé, mais aussi pour obtenir un diagnostic et un traitement. Par exemple, un retard dans le traitement entraîne souvent un recours accru aux soins transnationaux parmi les populations de l'Asie orientale. Les personnes d'origine coréenne se rendent en Corée du Sud pour accéder à des soins médicaux, le plus souvent des soins dentaires (Wang et Kwak 2015).

Manque de services

Les obstacles systémiques liés au manque de soins d'urgence, de cliniques après les heures normales de service, de services d'interprétation et de ressources en matière de santé peuvent également avoir une incidence sur l'accès aux soins de santé et sur les résultats en matière de santé. Une étude montre que le manque de ressources et de services de santé dans les communautés à prédominance noire constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins primaires (Olukotun et coll. 2024). Un autre rapport de Toronto montre que le manque d'infrastructures communautaires de base, notamment de services et de programmes de santé (p. ex., des services de santé mentale destinés spécifiquement aux jeunes Noirs), a une incidence sur les résultats en matière de santé des populations noires (Black Health Alliance, s.d.). Des recherches menées auprès de populations sud-asiatiques montrent que le chevauchement des heures d'ouverture des cliniques et des heures de travail et l'absence de services après les heures normales de travail entravent considérablement l'accès à des soins en temps opportun. Dans cette situation, consulter un médecin pendant la journée peut signifier s'absenter

du travail, ce qui entraîne une perte financière. Il en résulte un recours aux soins d'urgence pour des affections moins graves, mais néanmoins pénibles (Turin, Rashid, Ferdous, Naeem, et coll. 2020; Turin, Rashid, Ferdous, Chowdhury, et al. 2020). L'absence de services d'interprétation aggrave souvent le fossé communicationnel entre les prestataires de soins de santé et les clients, ce qui a une incidence sur la relation médecin-client (Turin, Rashid, Ferdous, Naeem, et coll. 2020).

Racisme et discrimination systémiques

Le racisme systémique a une incidence sur la qualité des soins prodigués à ces trois populations. Par exemple, le racisme systémique sous forme de préjugés inconscients (p. ex., la croyance que les populations noires ont un seuil de tolérance à la douleur plus élevé, les stéréotypes racistes sur les intentions de recherche de drogues, les mythes sur le non-respect des régimes d'autogestion de la santé ou les hypothèses sur le manque de compréhension du traitement) et la discrimination sont quelques-uns des obstacles à l'accès aux soins primaires (Olukotun et coll. 2024). De plus en plus de recherches suggèrent une corrélation positive entre la discrimination raciale et la détérioration de la santé mentale (D. R. Williams et coll. 2019). Les traumatismes intergénérationnels, le racisme systémique envers les personnes noires et le manque d'accès aux soins contribuent tous à la détérioration de la santé mentale déclarée par les populations noires (Gouvernement du Canada, 2020). Une étude récente examinant le lien entre la discrimination raciale dans le système de santé et la vaccination contre la COVID-19 a révélé que 32,5 % des participants (n = 2 002) avaient été victimes de discrimination raciale au sein du système de soins de santé, selon l'échelle de discrimination raciale majeure (MRDS) et étaient plus susceptibles de ne pas être vaccinés (Cénat 2024). Les participants qui ont été victimes de discrimination raciale dans le système de santé ont également obtenu des scores élevés sur les échelles de méfiance à l'égard des vaccins, de dépression, d'anxiété et de stress.

Une étude menée à Toronto révèle que les Sud-Asiatiques sont victimes de discrimination raciale et de discrimination fondée sur la classe sociale, car elles sont méprisées en raison de leur langue et de leur apparence. Les prestataires de soins de santé supposent souvent qu'elles ne parlent pas anglais. De plus, ils ne connaissent pas les pratiques culturelles et religieuses sud-asiatiques (Mahabir et coll. 2021). C'est peut-être pour ces raisons que les populations sud-asiatiques sont 2,99 fois plus susceptibles de se présenter involontairement aux services d'urgence que les personnes blanches nord-américaines (Rotenberg et coll. 2017).

Manque de soins adaptés à la culture

Le manque de compétences culturelles, le manque de thérapies et de thérapeutes adaptés à la culture et le manque de représentation des personnes de la même origine raciale dans la promotion de la santé ont également une incidence sur la qualité des soins (Tiyondah Fante-Coleman, Wilson, et coll. 2022; Salami et coll. 2021; Naeem et coll. 2024; Sanford et coll. 2022; Islam et coll. 2017; Faruquzzaman 2020; Wang et Kwak, 2015; Tiyondah Fante-Coleman, Booker, et al. 2022). Il est prouvé que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adaptée à la culture est efficace pour différents groupes ethniques (Phiri et coll. 2023), mais elle n'est pas largement utilisée. De plus, en ce qui concerne spécifiquement les jeunes adultes, des rapports montrent que l'absence de services de santé mentale exclusivement destinés aux jeunes adultes et la sous-représentation des prestataires de services de santé mentale issus de leur communauté constituent également des obstacles (Tiyondah Fante-Coleman, Booker, et coll. 2022; Islam et coll. 2017; Faruquzzaman, 2020).

Incidence des déterminants sociaux sur la santé

Les facteurs sociaux augmentent le risque de maladie et ont une incidence sur l'accès aux soins et leur qualité. Ils ont donc une incidence profonde sur les taux de maladie et l'espérance de vie. L'Association médicale canadienne a estimé que 85 % des risques de maladie sont liés à des facteurs sociaux(Canadian Medical Association, n.d.). Les déterminants sociaux de la santé sont les enjeux les plus importants qui expliquent les disparités en matière de santé. Il existe diverses listes de facteurs pouvant être considérés comme des déterminants sociaux de la santé fondés sur des données probantes. L'OMS les définit comme suit :

« Les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces conditions sont elles-mêmes façonnées par un ensemble plus large de forces : l'économie, les politiques sociales et la politique ».(World Health Organization. n.d)

Le mode de vie des individus et les conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent ont une forte influence sur leur santé.

Le revenu, la richesse et l'emploi sont trois des déterminants sociaux les plus fréquemment étudiés. Une situation économique défavorisée a des répercussions sur la santé tout au long de la vie. Les personnes issues de milieux économiques défavorisés courent un risque plus élevé de maladies graves et de décès prématuré que celles qui sont financièrement aisées. Le gradient économique en matière de santé est omniprésent : les personnes issues de milieux économiques défavorisés ont une santé moins bonne et une espérance de vie parfois plus courte que celles qui sont issues de milieux plus aisés.

Un exemple classique de ce phénomène est l'étude de Whitehall sur les fonctionnaires britanniques qui a commencé en 1967. Elle a mis en évidence une forte corrélation inverse entre la classe sociale, évaluée en fonction du niveau hiérarchique, et la mortalité attribuable à un large éventail de maladies. L'état de santé et les symptômes auto-évalués étaient également moins bons chez les personnes occupant des emplois de niveau inférieur; les hommes des classes sociales les plus inférieures, tels que les messagers et les portiers, avaient un taux de mortalité trois fois plus élevé que les hommes des classes les plus élevées (administrateurs). Le niveau d'emploi était également lié à certaines causes particulières de décès. Par exemple, les emplois de bas niveau étaient associés à l'obésité, au tabagisme, à moins de temps libre et d'activité physique, à davantage de maladies de base et à une pression artérielle plus élevée.(Marmot et al. 1991) Les deux phases de l'étude Whitehall ont montré que les personnes appartenant à la classe la plus élevée vivent plus longtemps et sont en meilleure santé que celles de la classe immédiatement inférieure, qui vivent elles-mêmes plus longtemps que celles de la classe inférieure, et ainsi de suite jusqu'au bas de l'échelle sociale(Donkin 2014).

La pauvreté résultant du chômage et/ou de l'instabilité de l'emploi met la santé en danger. Les effets du chômage sur la santé sont liés au stress financier et psychologique. Le chômage et l'instabilité économique s'ajoutent à l'accès insuffisant à des services publics de qualité dans des domaines tels que la santé, l'éducation, la protection sociale, les transports et le logement, qui sont des facteurs importants d'inégalités en matière de santé.(Wilkinson and Marmot 2003) Les données de l'Ontario montrent que les personnes à faible revenu n'ont pas un accès adéquat à une alimentation nutritive (65,2 %) par rapport à celles ayant un revenu élevé(Health Quality Ontario 2016). En 2023-2024, les banques alimentaires de Toronto ont servi 3,49 millions de clients, soit près d'un million de plus que l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 38 % par rapport à 2022-2023. Parmi ceux qui dépendent

des banques alimentaires, 80 % sont racisés, 92 % vivent dans des logements inabordables et 70 % occupent un emploi précaire(Daily Bread Food Bank 2024). Les données montrent également qu'à mesure que le revenu augmente, les risques pour la santé diminuent, tandis que l'accès à des soins de santé de haute qualité et les résultats en matière de santé, comme l'espérance de vie, s'améliore (Health Quality Ontario 2016).

Cette complexité et de telles interactions entre les facteurs sociaux sont courantes parmi les facteurs sociaux liés à la santé. Par exemple, la discrimination historique a laissé certaines populations avec moins de ressources et un respect moindre des droits de la personne, perpétuant ainsi les inégalités intergénérationnelles qui se manifestent par des inégalités en matière de santé. Le racisme, le sexisme, le classisme et le capacitisme, par exemple, se recoupent et se combinent souvent, agissant tout au long de la vie et entre les générations pour nuire à la santé et à la capacité des personnes à mener une vie épanouissante.

L'Agence de la santé publique du Canada a préparé une liste des déterminants sociaux de la santé ((Government of Canada 2022). Ceux-ci comprennent :

1. Revenu et statut social
2. Emploi et conditions de travail
3. Éducation et alphabétisme
4. Expériences vécues pendant l'enfance
5. Environnements physiques
6. Soutiens sociaux et habiletés d'adaptation
7. Comportements sains
8. Accès aux services de santé
9. Biologie et patrimoine génétique
10. Genre
11. Culture
12. Race / Racisme

Les mécanismes par lesquels les facteurs sociaux conduisent à une santé plus précaire comprennent l'exposition à des facteurs de risque accrus, des politiques sociales et sanitaires inéquitables et les répercussions psychologiques des inégalités.

Les circonstances sociales et psychologiques peuvent être source de stress à long terme. Une anxiété permanente, l'insécurité et le manque de contrôle sur sa vie peuvent avoir des effets néfastes sur la santé. Lorsqu'ils s'accumulent au fil du temps, ces risques psychosociaux augmentent les risques de mauvaise santé (p. ex. infections, diabète, hypertension artérielle, crise cardiaque et accident vasculaire cérébral), de problèmes de santé mentale (p. ex. dépression, anxiété) et de décès prématuré. Les longues périodes de stress, d'anxiété et d'insécurité, associées à l'absence de systèmes de soutien, sont préjudiciables à la santé physique et mentale. Les recherches montrent que les personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés, ayant un emploi instable et vivant dans des conditions de logement précaires sont plus exposées au stress, ce qui peut entraîner des problèmes de santé mentale (Wilkinson and Marmot 2003).

Partout au Canada, les populations racisées sont généralement plus exposées aux facteurs de stress de la vie quotidienne, mais les inégalités en matière de santé mentale varient. Cela peut s'expliquer par des perceptions culturelles différentes de la santé mentale et de la maladie mentale, par des expériences de stigmatisation, par des obstacles à l'accès aux services de santé mentale et par la résilience (Government of Canada 2022).

Les problèmes et les maladies de santé mentale ont un effet profond sur la vie quotidienne des individus. Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale se heurtent souvent à des obstacles pour accéder à un logement convenable, à des occasions d'éducation, à un emploi et à des soins de santé. Au Canada, les personnes ayant une moins bonne santé mentale sont plus susceptibles (15, 8%) de vivre dans un logement inadéquat que celles déclarant avoir une bonne santé mentale (10,1 %). De même, au Canada, 46,1 % des personnes atteintes de troubles mentaux ont un emploi, tandis que les autres dépendent d'un soutien au revenu qui les maintient dans la pauvreté (Lowe et al. 2024). Ces inégalités sont source de stress et peuvent entraîner des troubles mentaux. Les personnes ayant les revenus les plus faibles déclarent souffrir 2,4 fois plus d'anxiété que celles ayant les revenus les plus élevés. De même, un rapport suggère que 57 % des jeunes adultes (âgés de 18 à 24 ans) qui présentaient des signes précurseurs d'une maladie mentale ont déclaré que le coût était un obstacle à l'accès aux services de santé mentale (Lowe et al. 2024).

Les recherches indiquent que les populations immigrantes ont des taux de problèmes psychologiques et de maladies mentales inférieurs ou similaires à ceux de la population née au Canada (Ng and Zhang 2020). De nombreuses

données suggèrent que les nouveaux immigrants sont en meilleure santé, tant physique que mentale, que la population native à leur arrivée dans leur nouveau pays (Ng and Zhang 2020). Ce phénomène est connu sous le nom d'« effet de l'immigrant en bonne santé ». Ces résultats sont peut-être le résultat de la façon dont les immigrants sont sélectionnés pour entrer dans le pays d'accueil. On a constaté que cet avantage initial en matière de santé s'estompe à mesure que l'individu reste dans le pays d'accueil, et que la santé des immigrants finit par converger vers des niveaux similaires à ceux observés chez la population née au Canada (Mason et al. 2024). Certaines populations immigrantes, en particulier les immigrants racisés et les immigrants à faible revenu, courent un risque plus élevé de voir leur état de santé se détériorer peu après leur arrivée au Canada (Ng and Zhang 2020). Il est courant que les populations immigrantes connaissent une détérioration de leur situation socioéconomique en raison de facteurs de stress tels que l'accès limité à l'emploi et à l'éducation, la reconnaissance limitée de leurs études et de leurs certifications, la discrimination, les mauvaises conditions de logement, les difficultés linguistiques et le faible soutien social. Tous ces facteurs sont liés à un risque accru de problèmes psychologiques et de maladies mentales.

Le taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) chez les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres (revenu du quartier évalué à partir des données du recensement et du revenu moyen des ménages de la région) est un exemple de politique sociale et de santé inadéquate. Ce taux est près de 2,5 fois supérieur à celui des personnes vivant dans les quartiers les plus riches, où il est de 150 pour 100 000 habitants. Le taux global en Ontario est de 233 pour 100 000 habitants (Health Quality Ontario 2016). Les conditions propices aux soins ambulatoires sont des maladies comme le diabète et l'asthme qui peuvent généralement être traitées dans le cadre des soins primaires. L'admission à l'hôpital survient lorsque le contrôle des maladies dans le cadre des soins primaires échoue, ou lorsque les personnes n'ont pas accès à des soins de qualité, ou encore lorsque les facteurs sociaux qui aggravent la maladie ne sont pas compensés par l'incidence des soins de santé. Les taux plus élevés d'admission à l'hôpital démontrent la capacité différentielle des soins primaires à soutenir les personnes atteintes de CPSA, mais aussi l'absence de politique sociale pour contrer l'incidence des facteurs. Par exemple, l'accès à de bons choix alimentaires peut réduire le taux de complications du diabète et les programmes ambulatoires basés sur les besoins culturels des populations racialisées améliorent les résultats.

Les déterminants sociaux de la santé, tels que l'emploi, le logement et l'accès aux soins de santé, associés au racisme systémique, sont à l'origine des inégalités en matière de santé dont souffrent les populations racisées. Dans les sections suivantes, nous examinons plus en détail comment les disparités interdépendantes en matière d'emploi, de logement et d'accès aux soins de santé contribuent aux inégalités en matière de santé parmi chacune des trois populations clés au Canada.

Effet des disparités sur la santé – Populations noires

Les populations noires sont confrontées à des inégalités en matière de santé, principalement causées et aggravées par des obstacles systémiques tels que le racisme anti-Noirs, qui limitent leur accès à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé. La discrimination à l'égard des populations noires est profondément enracinée dans les institutions, les politiques et les pratiques canadiennes et est souvent invisible pour ceux qui n'en ressentent pas les effets. Cette forme de discrimination a une longue histoire, qui trouve ses racines dans la colonisation européenne (Gouvernement du Canada, 2020). Ces expériences ont une incidence négative sur la santé mentale et physique des populations noires.

Les communautés noires sont touchées de manière disproportionnée par des maladies chroniques telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète, exacerbées par des facteurs de risque comme l'hypertension, le stress chronique et l'obésité (Tjepkema et coll. 2023).

Les déterminants sociaux de la santé, tels que l'accès limité aux soins de santé, aux ressources financières et aux occasions d'éducation, ainsi que le stress chronique causé par le racisme, exacerbent ces disparités (Agence de la santé publique du Canada, 2020). Par exemple, la prévalence de l'insécurité alimentaire chez les adultes noirs est la plus élevée parmi tous les groupes racisés, avec un taux 2,8 fois plus élevé que chez les adultes blancs. Cela se traduit par 13 adultes noirs supplémentaires en situation d'insécurité alimentaire pour 100 personnes. Ces inégalités sont plus prononcées chez les femmes, les femmes noires représentant la plus forte proportion d'adultes en situation d'insécurité alimentaire (Gouvernement du Canada, 2022). Les populations noires du Canada sont également touchées de manière

disproportionnée par les inégalités en matière de logement sûr et stable. Comme indiqué précédemment, la proportion de personnes ayant des besoins impérieux en matière de logement est la plus élevée parmi les populations noires (13,2 %), la moyenne nationale étant de 7,7 %. Ces inégalités ont une incidence sur les résultats en matière de santé.

Au Canada, les hommes noirs courent un risque accru de mourir de quatre causes – le VIH/sida, le cancer de la prostate, le diabète sucré ou les maladies cérébrovasculaires – par rapport à leurs homologues blancs. De même, les femmes noires courent un risque accru de mourir de six causes parmi les 27 causes de décès examinées : le VIH/sida, le cancer de l'estomac, le cancer du corps utérin, les lymphomes et le myélome multiple, le diabète sucré et les troubles endocriniens (Tjepkema et coll. 2023). Une autre étude montre que si l'incidence du diagnostic du cancer de l'utérus est plus faible chez les femmes noires, la mortalité par cancer de l'utérus dans cette population est relativement élevée. Plus précisément, les femmes noires ont 15 % moins de chances de recevoir un diagnostic de cancer de l'utérus que les femmes blanches, mais elles sont deux fois plus susceptibles de mourir d'un cancer de l'utérus que les femmes blanches. Le diagnostic tardif et l'accès limité au dépistage contribuent à une proportion plus élevée de mortalité différentielle par cancer de l'utérus chez les femmes noires (14,9 %) par rapport aux femmes blanches (8,9 %) (Olaniyan et coll. 2025).

Un rapport basé sur les données du recensement canadien de 2016 sur la santé, qui examine les taux d'hospitalisation des personnes âgées de 10 à 74 ans entre 2016 et 2022, montre que les hospitalisations évitables sont nettement plus élevées chez les personnes noires et nettement plus faibles chez les personnes d'origine chinoise. Cette constatation suggère que des inégalités telles que l'accès limité aux soins primaires et la discrimination découlant du racisme systémique pourraient être des facteurs contributifs (Brobbe, Sharma et Mazereeuw, 2025).

Les Ontariens noirs ont davantage recours à des voies d'accès aux soins aversives (p. ex., les urgences, les ambulances ou la police) que les Ontariens de descendance européenne blanche (Tiyondah Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020). Ces points d'entrée dans le « système » de santé ne sont souhaitables pour personne. Pour les jeunes adultes noirs qui ont besoin de soutien en santé mentale, la transition entre les systèmes est également aggravée par le racisme et la discrimination envers les Noirs à plusieurs niveaux de la société. En Ontario, les immigrants d'origine caribéenne présentent un risque de psychose 60 % plus élevé et les réfugiés d'Afrique de l'Est, un risque 95 % plus élevé (Anderson, Cheng, et coll. 2015). Ces taux ne reflètent pas les taux de psychose dans leur pays d'origine, ce qui suggère

que les facteurs sociaux associés à la migration peuvent contribuer au risque de troubles psychotiques (Anderson, Cheng et coll. 2015). Les Ontariens noirs d'origine caribéenne connaissent également un retard plus important dans l'accès à des services fondés sur des données probantes pour traiter la psychose que les personnes d'origine européenne blanche (Anderson, Flora, et coll. 2015). Ces lacunes favorisent le racisme systémique, la méfiance à l'égard du système de santé et de santé mentale, et créent d'importants obstacles à l'accès.

Effet des disparités sur la santé – Populations de l'Asie orientale

Au Canada, le racisme systémique envers les populations de l'Asie orientale est présent dans les politiques et pratiques gouvernementales discriminatoires historiques et actuelles qui remontent au XVIII^e siècle (Yao, 2021). Plus récemment, pendant l'épidémie de SRAS et la pandémie de COVID-19, les sentiments anti-asiatiques se sont intensifiés, ce qui a entraîné l'exclusion des communautés de l'Asie orientale (Université de Waterloo, 2024).

Les crimes haineux contre les Asiatiques qui ont atteint un paroxysme au début de la pandémie de COVID-19 ont eu des répercussions sur la santé mentale de nombreux Canadiens d'Asie orientale.

Les populations de l'Asie orientale sont également victimes de discrimination lorsqu'elles cherchent à accéder à des logements abordables et à des soins de santé. Une enquête menée auprès de 516 Canadiens d'origine chinoise (dont 44 % sont nés au Canada) a révélé que les comportements discriminatoires dont ils ont été victimes ont eu une incidence significative sur leur estime de soi et leur sentiment d'appartenance. Soixante et un pour cent des personnes interrogées ont déclaré avoir dû modifier leurs habitudes pour éviter les microagressions, et plus de 50 % ont exprimé leur inquiétude quant au fait que les enfants asiatiques pourraient être victimes d'intimidation (Angus Reid Institute & University of Alberta 2020).

Un Canadien d'origine chinoise sur quatre déclare se sentir étranger au Canada (Angus Reid Institute et Université de l'Alberta, 2020).

Ces expériences de racisme ont une incidence sur la santé mentale. Par exemple, des études montrent que les populations de l'Asie orientale (Chinois, Japonais et Coréens) ont une santé mentale plus fragile (score moyen de 11,49 sur l'échelle de dépression du Center for Epidemiologic Studies) que les Canadiens blancs (score moyen de 9,51) (Wu et coll. 2020b). Des recherches montrent également que les expériences de racisme pendant la pandémie ont entraîné des sentiments de solitude et de colère, ainsi qu'une diminution de l'estime de soi (I. Ng, Hilario et Salma 2024). De nombreux jeunes adultes chinois de deuxième génération ont déclaré que leur sentiment d'isolement était exacerbé par le racisme qui s'est intensifié pendant la pandémie (M. T. Williams et coll. 2022; I. Ng, Hilario et Salma 2024). Malgré ces expériences de discrimination raciale pendant la pandémie de COVID-19, les recherches montrent que les populations de l'Asie orientale ont peu de méfiance à l'égard des vaccins contre la COVID-19, ce qui se traduit par une forte couverture vaccinale par rapport aux personnes qui s'identifient comme blanches (Mahmood et coll. 2024).

Effet des disparités sur la santé – populations sud-asiatiques

Les populations sud-asiatiques sont touchées de manière disproportionnée par les maladies chroniques et les problèmes de santé mentale, souvent exacerbés par des facteurs culturels tels que les conflits intergénérationnels et la stigmatisation, ainsi que par les obstacles aux soins (Islam, Khanlou et Tamim 2014; Islam et coll. 2017; Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario et South Asian Women's Rights Organization 2020). Si la migration et l'acculturation peuvent contribuer aux facteurs de stress auxquels est confrontée la population sud-asiatique au Canada, les effets négatifs sur la santé de cette population sont principalement le résultat du racisme et de la discrimination systémiques (Muralitharan 2021).

La population sud-asiatique fait face à des problèmes de santé particuliers, avec une prévalence élevée du diabète de type 2, des problèmes cardiovasculaires et de l'asthme (Quay et coll. 2017). La prévalence du diabète chez les adultes sud-asiatiques est la plus élevée (15,3 %) par rapport aux adultes blancs (6,8 %), aux populations noires (12,9 %) et à l'ensemble des populations racisées (10,8 %) (Agence de la santé publique du Canada, 2022). Les recherches montrent que la race, le sexe (le fait d'être un homme) et le statut d'immigrant contribuent aux inégalités en matière de santé au sein de la population sud-asiatique. En outre, comme nous l'avons vu dans une section précédente, les populations racisées telles que les populations noires, sud-asiatiques et de l'Asie orientale sont moins

susceptibles d'avoir accès à des soins de santé de qualité (et sont donc plus susceptibles de subir des traitements inutiles, des diagnostics inexacts et des erreurs de médication) et sont plus souvent confrontées à une discrimination structurelle et individuelle au sein du système de santé.

Des recherches menées au Canada indiquent que 48 % des personnes d'origine sud-asiatique souffrant de troubles dépressifs majeurs ne reçoivent pas les soins de santé mentale nécessaires, et 33 % d'entre elles perçoivent des obstacles à l'accès aux soins (Islam, Khanlou et Tamim, 2014). Des facteurs tels que le déclin du statut socioéconomique et la sécurité alimentaire (après la migration) contribuent aux problèmes de santé mentale chez les personnes d'origine sud-asiatique (Islam, Khanlou, and Tamim 2014). Les personnes d'origine sud-asiatique au Canada qui souffrent de dépression majeure sont également 85 % moins susceptibles de se faire soigner que les autres Canadiens atteints de la même maladie (CAMH, 2019). Des tendances similaires sont observées chez les jeunes adultes d'origine sud-asiatique. De plus, cette population est sous-représentée dans la recherche en matière de soins de santé, ce qui se traduit par des pratiques de soins fondées sur des recherches dont la validité est limitée dans le contexte sud-asiatique (Quay et coll. 2017).

Le racisme systémique a entraîné un risque accru d'exposition et une protection plus faible contre la COVID-19 parmi la population active du Canada, 65 % de la population sud-asiatique étant au chômage ou anticipant le risque de perdre son emploi.

Pendant la pandémie de COVID-19, de nombreux Sud-Asiatiques travaillant dans des secteurs essentiels étaient plus exposés à l'infection (Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario et South Asian Women's Rights Organization, 2020). Des études ont révélé que la méfiance à l'égard de la COVID-19 était faible au sein de cette population, ce qui s'est traduit par une forte couverture vaccinale (Mahmood et coll. 2024). Une étude menée en Colombie-Britannique a montré que la confiance dans les vaccins était le facteur le moins important dans la décision de se faire vacciner chez les personnes qui se sont identifiées comme sud-asiatiques. Seulement 8,2 % des personnes s'identifiant comme sud-asiatiques ont déclaré se méfier des vaccins, et malgré cela, la vaccination reçue chez les Sud-Asiatiques restait la plus élevée (50,6 %), contre 40,5 % chez les

personnes s'identifiant comme chinoises et 26,9 % chez la population blanche (Mahmood et coll. 2024). Une autre étude menée en Colombie-Britannique a souligné que la sensibilisation adaptée à la culture des populations sud-asiatiques était l'un des facteurs favorisant une forte couverture vaccinale au sein de ce groupe (Kandasamy et coll. 2023).

Les trois populations dont il est question ici sont toutes confrontées à des disparités dues au racisme et à la discrimination systémiques, dont l'incidence ultime est associée à des résultats néfastes pour la santé. Ces disparités en matière de santé ne sont pas isolées, mais liées à des défis socioéconomiques plus larges, notamment le chômage et le sous-emploi, l'insécurité du logement et l'accès insuffisant à des services de santé adaptés à la culture. La reconnaissance et la prise en compte de ces facteurs par des interventions systémiques peuvent conduire à des interventions et à des systèmes équitables. Dans la section suivante, nous examinons les recommandations visant à améliorer l'équité.

Recommandations

L'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization. n.d) déclare que :

« Il y a des défis à surmonter dans la mise en œuvre de mesures visant à réduire les inégalités en matière de santé par le biais des déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de l'équité en matière de santé constituent un domaine complexe et à facettes. Ils impliquent un large éventail de parties prenantes au sein et en dehors du secteur de la santé et à tous les niveaux de gouvernement. De plus, les données sur les déterminants sociaux de la santé peuvent être difficiles à recueillir et à partager ».

Si les données factuelles sur les déterminants sociaux de la santé se sont enrichies au cours de la dernière décennie, celles qui concernent les mesures efficaces doivent également être renforcées et les bonnes pratiques diffusées efficacement.

Le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé présente trois domaines d'action prioritaires qui reflètent leur importance dans la lutte contre les inégalités en matière de santé. Parmi ces obstacles, mentionnons :

1. Améliorer les conditions de vie quotidienne : Il s'agit notamment des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent;
2. S'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources, y compris les facteurs structurels qui déterminent les conditions de vie quotidienne (par exemple, les politiques macroéconomiques et d'urbanisation et la gouvernance);
3. Mesurer et comprendre le problème et évaluer l'incidence des mesures prises : cela comprendrait l'élargissement de la base de connaissances, la formation d'une main-d'œuvre qualifiée dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et la sensibilisation du public à ces déterminants. Il est nécessaire de prendre des mesures systématiques et de grande envergure, qui soient universelles, mais proportionnées aux désavantages subis par les différents groupes sociaux. Cela est indispensable pour lutter efficacement contre les inégalités en matière de santé et promouvoir une meilleure santé pour tous.

Dans cette optique, un certain nombre de recommandations spécifiques ont été formulées.

Recommandations pour améliorer l'emploi et les conditions de travail

L'équité en matière d'emploi est une approche proactive visant à atteindre et à maintenir une égalité réelle en milieu de travail qui favorisera des milieux de travail inclusifs pour tous au Canada. Le Groupe de travail sur l'examen de la Loi sur l'équité en matière d'emploi a proposé un cadre transformateur reposant sur trois piliers nécessaires pour atteindre et maintenir l'équité en matière d'emploi (gouvernement du Canada, 2023).

1. Mise en œuvre par l'élimination des obstacles

- Offrir des programmes de financement spécialisés visant à soutenir les entrepreneurs noirs, comme le Fonds de prêts pour l'entrepreneuriat des communautés noires (Innovation, Sciences et Développement économique Canada s.d.).
- Élargir l'accès au mentorat et favoriser les liens au-delà des réseaux traditionnels afin d'ouvrir la voie à des ressources, à du financement et à des occasions de collaboration qui sont souvent moins accessibles à ces groupes (Turner, 2022). Cette approche permet non seulement d'élargir les occasions, mais contribue également à remettre en question les inégalités systémiques au sein des réseaux professionnels.

- Mettre l'accent sur la fourniture de ressources et de formation sur les principes fondamentaux des affaires afin d'aider les entrepreneurs en herbe à combler leurs lacunes et à naviguer dans les complexités de la gestion et de la croissance d'une entreprise. L'éducation et le renforcement des compétences sont essentiels.
- Reconnaître les titres de compétences internationaux des travailleurs immigrants et offrir des occasions professionnelles.
- Mettre en œuvre des politiques garantissant aux populations racisées une rémunération équitable, proportionnelle à leur niveau de formation et à leurs compétences.

2. Consultations significatives

- Planifier et respecter les engagements en matière d'égalité et d'inclusion en consultation avec les communautés racisées, par exemple en créant des filières pour les dirigeants noirs (KPMG 2024).
- Sensibiliser aux privilèges raciaux et aux obstacles spécifiques auxquels sont confrontés les employés noirs et sud-asiatiques, ce qui est essentiel pour lutter contre le racisme sur le lieu de travail.

3. Surveillance réglementaire

- Rendre obligatoire la formation des employeurs en matière d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) pour les cadres, les superviseurs et le personnel en général. Veiller à ce que cette formation intègre une formation sur l'élimination du racisme systémique et des microagressions, et la rendre obligatoire à intervalles réguliers.
- Intégrer des approches tenant compte des traumatismes dans les pratiques de RH en réponse aux inégalités historiques et aggravées dont sont victimes les personnes noires dans les pratiques d'emploi et les milieux de travail.
- Élaborer des outils pour recueillir des données ventilées selon la race sur les tendances du marché du travail, qui soient coordonnées avec les données sur l'immigration afin de mieux comprendre les personnes touchées et d'apporter les changements appropriés aux programmes et à la législation relatifs au marché du travail (Turner 2022; Dhiman, Wong et Yvonne 2020; Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario, and South Asian Women's Rights Organization 2020).

Recommandations pour améliorer le logement et l'environnement bâti

Un rapport de recherche de l'Institut Wellesley (Leon et Iveniuk, 2021) met en évidence un certain nombre d'orientations politiques visant à améliorer l'équité en matière de logement. Il s'agit notamment d' :

1. Adopter une approche fondée sur l'équité dans les politiques de logement à tous les niveaux de gouvernement. Cela pourrait inclure :

- reconsidérer les politiques qui creusent les disparités (p. ex., les subventions fiscales qui favorisent les ménages à revenu élevé par rapport aux ménages à faible revenu)
- mesurer et surveiller les disparités, puis évaluer l'incidence de ces politiques et programmes sur les disparités
- mettre en place des politiques et des programmes visant à réduire et, à terme, à éliminer les disparités en matière d'accessibilité au logement
- renforcer la collecte et la publication de données ventilées par origine ethnique sur l'abordabilité du logement afin de suivre les progrès réalisés dans la réduction des disparités.

2. Augmenter l'offre de logements sociaux, abordables et du marché :

- investir dans le logement social et abordable par la construction, l'acquisition et la rénovation de logements existants
- réduire les obstacles à la construction de logements

3. Améliorer l'abordabilité du logement

- étendre les aides au loyer aux familles à faible revenu;
- augmenter les aides au revenu et l'aide sociale pour permettre l'abordabilité du logement;
- instaurer des politiques de stabilisation des loyers qui limiteront les augmentations de loyer et amélioreront l'abordabilité du logement;

De plus, il est nécessaire de renforcer la législation pour lutter contre les pratiques discriminatoires des propriétaires et prévenir la discrimination raciale en matière de logement, ce qui constitue une étape cruciale pour garantir un accès juste et équitable au logement. Cela comprend des

mesures visant à protéger les droits des locataires, à tenir les propriétaires responsables de leurs comportements discriminatoires et à prévenir les préjugés systémiques sur le marché locatif.

Voici également quelques recommandations visant à améliorer la législation (Canadian Centre for Housing Rights 2025):

- Renforcement des droits des locataires
- Interdiction des pratiques discriminatoires
- Responsabilisation des propriétaires
- Lutte contre les préjugés systémiques
- Promouvoir la conception inclusive pour garantir l'accessibilité et l'inclusion

Le Code des droits de la personne de l'Ontario (2009) souligne également que le logement social subventionné par le gouvernement devrait être un élément essentiel de la stratégie canadienne visant à fournir un logement adéquat aux Canadiens et préconise la suppression des obstacles à l'accès au logement social. En outre, il est nécessaire de lutter contre le racisme systémique à tous les niveaux afin de réduire la discrimination dans l'accès au logement abordable.

Recommandations pour améliorer l'accès aux services de santé

Le cadre de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Wyatt et coll. 2016) pour atteindre l'équité en matière de santé comprend les éléments clés suivants.

1. Faire de l'équité en matière de santé une priorité stratégique.

- a. Rendre obligatoire la collecte de données fondées sur la race et leur application dans l'ensemble du système de soins de santé. Cela doit se faire en partenariat avec les communautés afin de bien comprendre la profondeur et l'ampleur de ces résultats.

2. Élaborer une structure et des processus pour soutenir le travail en faveur de l'équité en matière de santé.

- a. Déployer des stratégies spécifiques pour s'attaquer aux multiples déterminants de la santé sur lesquels les organismes de soins de santé peuvent avoir une incidence directe.

3. Réduire le racisme institutionnel au sein de l'organisation.

4. Normaliser et rendre obligatoire la formation en matière de lutte contre le racisme, l'oppression et la décolonisation pour les prestataires de soins de santé, les professionnels, les dirigeants et les planificateurs du système de santé.

5. Établir des partenariats avec les organisations communautaires afin d'améliorer la santé et l'équité.

6. Élaborer une législation visant à garantir l'équité des services de santé et de santé mentale, tant en matière d'accès que de résultats.

Mesures pour améliorer l'accès aux soins de santé et l'équité parmi les populations noires (Black Health Alliance s/d)

- Soutenir la représentation des Noirs dans les postes de direction.
- Élaborer des stratégies pour réduire les effets des expériences négatives vécues pendant l'enfance sur la santé mentale.
- Mettre l'accent sur les partenariats intersectoriels pour bâtir une meilleure infrastructure de services sociaux et de santé.
- Donner la priorité aux interventions protectrices qui améliorent le bien-être, telles que les interventions précoces auprès des jeunes enfants.
- Investir dans des interventions adaptées à la culture dans les domaines suivants :
 - Santé mentale
 - Gestion des maladies chroniques
 - Dépistage et prévention

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) soulignent la nécessité d'améliorer les résultats par l'évaluation, la collecte de données probantes et la mise en œuvre de changements de position fondés sur des données

probantes. Par exemple, pour soutenir les transitions dans les soins pour les jeunes noirs (TiC en anglais) aux prises avec des problèmes de santé mentale, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) des IRSC finance des projets de recherche en plus de consulter des initiatives nationales comme le Fonds pour la santé mentale des communautés noires afin de mobiliser de nouvelles connaissances. Le fonds de financement pour les jeunes Noirs dans le cadre de l'initiative TiC est un pas vers la réduction des inégalités en matière de recherche et de connaissances en santé et vers l'amélioration des soins de santé mentale pour les communautés racisées au Canada. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (2012) souligne la nécessité de mettre en place des interventions et des mesures de soutien en santé mentale fondées sur des données probantes et adaptées à la culture afin de répondre aux besoins diversifiés de tous les citoyens.

En ce qui concerne plus particulièrement les jeunes adultes, il est nécessaire de créer davantage de services offrant des soins de longue durée, des centres de soutien en situation de crise adaptés à la culture (tels que le Service communautaire de crise de Toronto) et des services destinés aux jeunes 2ELGBTQ+ (T Fante-Coleman, Booker, et coll. 2022).

Limites

Ce travail présente un certain nombre de limites, notamment :

- Les données disponibles sur la population taïwanaise sont très limitées. Cela s'explique peut-être par le fait que les Taïwanais sont souvent considérés comme faisant partie de la diaspora chinoise, ce qui se traduit par un manque de données désagrégées pour cette communauté. Le présent rapport ne rend donc pas compte des disparités auxquelles les Taïwanais sont confrontés en matière d'emploi, de logement et d'accès aux soins de santé.
- Dans de nombreux rapports et dans de nombreuses recherches universitaires, les groupes d'immigrants et les groupes racisés sont souvent regroupés, ce qui ne permet pas de brosser un tableau précis des disparités.

- Il existe peu de recherches sur les groupes racisés nés au Canada. En particulier, la plupart des recherches portant sur les populations sud-asiatiques portent sur les immigrants récents au Canada, ce qui offre peu d'informations sur les populations sud-asiatiques de deuxième ou troisième génération au Canada.

En conclusion

Il est essentiel de s'attaquer aux déterminants sociaux de l'équité en matière de santé pour améliorer la santé et réduire les inégalités de longue date en matière de soins de santé. Cette étude descriptive met en évidence les disparités en matière d'emploi, de logement et d'accès aux services de santé, ainsi que leur incidence sur les résultats en matière de santé pour les trois populations clés au Canada. Il existe encore des lacunes dans la recherche sur les populations sud-asiatiques et est-asiatiques, en particulier sur les déterminants sociaux qui sont à l'origine des inégalités en matière de santé. Les recommandations soulignent la nécessité d'une action collective aux niveaux provincial, territorial et fédéral, ainsi que de la participation de la communauté. L'une des principales conclusions de cette recherche est la nécessité de recueillir des données sociodémographiques afin de mettre en place des interventions fondées sur l'équité. La lutte contre le racisme systémique et l'adoption d'approches fondées sur l'équité en matière d'emploi, de logement et de services de santé peuvent contribuer à réduire les disparités et, à terme, à améliorer l'accès aux services et au logement, l'emploi et la santé des populations racisées au Canada.

Annexe

Aperçu : Pratiques prometteuses au Canada

Programmes offrant des thérapies et des soins adaptés à la culture

- Le CAMH a mis au point une thérapie cognitivo-comportementale adaptée à la culture (TCC-AC) pour les populations sud-asiatiques et noires. Élaborée en partenariat avec des organismes communautaires œuvrant auprès des communautés sud-asiatiques, la TCC-AC destinée aux populations sud-asiatiques du Canada s'est révélée efficace (Naeem et coll. 2023).
- Les ressources sur la [thérapie cognitivo-comportementale adaptée à la culture \(TCC-AC\) pour les populations noires](#) comprennent un manuel sur la TCC-AC destiné aux prestataires de soins de santé, un cours en ligne sur la TCC-AC, une communauté de pratique permettant aux prestataires de soins de santé de développer leurs compétences et un site Web offrant des ressources et du soutien sur la TCC-AC.
- Le programme de santé mentale et d'usage de substances d'AMANI, anciennement connu sous le nom de « PTTJAC » (Programme de traitement de la toxicomanie pour les jeunes Afro-Canadiens et Caribéens) en Ontario offre des services de santé mentale adaptés à la culture des jeunes Noirs.
- La Hong Fook Mental Health Association fournit des services adaptés à la culture des communautés de l'Asie orientale dans la région du Grand Toronto.

Promotion de la santé et prévention

- Le South Asian Health Institute (SAHI) Fraser Health en Colombie-Britannique s'efforce de promouvoir des activités de promotion de la santé et de prévention adaptées à la culture des populations sud-asiatiques.
- Le Centre de santé communautaire Women's Health In Women's Hands offre des services de santé holistiques adaptés à la culture aux femmes racisées de la région du Grand Toronto, notamment des services de santé mentale, de promotion de la santé communautaire et de soins de santé primaires.

- Le centre de santé communautaire TAIBU, en Ontario, promeut la santé grâce à des services et à des stratégies de soins de santé primaires adaptés à la culture.

Services d'interprétation

- Le CAMH offre les services d'interprétation à tous ses clients et à leur famille par l'entremise d'interprètes contractuels qualifiés qui possèdent des compétences en interprétation dans le domaine des soins de santé mentale. De plus, CAMH a souvent recours à Remote Interpretation Ontario (RIO).
- Access Languages Services offre des services d'interprétation dans tous les hôpitaux de la Nouvelle-Écosse, en personne et virtuellement.
- Le Provincial Language Service (Service linguistique provincial) fournit des services d'interprétation et de traduction aux autorités provinciales de la santé de la Colombie-Britannique.

Outils pour améliorer les services

- L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) aide à déterminer les répercussions potentielles imprévues d'une politique, d'un programme ou d'une initiative sur les populations vulnérables ou marginalisées. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a élaboré cet outil afin de promouvoir l'équité en matière de santé et de réduire les disparités évitables entre les groupes de population.
- La collecte de données fondées sur la race par les bureaux de santé publique a été essentielle à l'élaboration d'interventions équitables contre la COVID-19 qui ont permis de réduire les taux d'infection et les hospitalisations.
- L'ICIS a élaboré des lignes directrices normalisées pour la collecte de données fondées sur la race et la production de rapports sur la santé au Canada.
- L'outil de données sur les inégalités en matière de santé est un instrument qui permet de déterminer les disparités dans les résultats et les déterminants de la santé entre les sous-groupes de Canadiens à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale. Il contient 175 indicateurs de résultats

- et de déterminants de la santé, regroupés en 14 domaines et stratifiés selon une série de caractéristiques sociales et économiques qui ont une incidence sur l'équité en matière de santé.
- Le Cadre d'engagement, de gouvernance, d'accès et de protection (EGAP), élaboré par la Black Health Alliance en consultation avec les communautés, établit les lignes directrices pour la collecte et l'utilisation des données fondées sur la race afin de lutter contre le racisme structurel.

Références

- Anderson, Kelly K., Joyce Cheng, Ezra Susser, Kwame J. McKenzie and Paul Kurdyak. 2015. "Incidence of Psychotic Disorders among First-Generation Immigrants and Refugees in Ontario." *Canadian Medical Association Journal* 187 (9): E279. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141420>.
- Anderson, Kelly K, Nina Flora, Manuela Ferrari, Andrew Tuck, Suzanne Archie, Sean Kidd, Taryn Tang, Laurence J Kirmayer, and Kwame McKenzie. 2015. "Pathways to First-Episode Care for Psychosis in African-, Caribbean-, and European-Origin Groups in Ontario." *The Canadian Journal of Psychiatry* 60 (5): 223–31. <https://doi.org/10.1177/070674371506000504>.
- Angus Reid Institute & University of Alberta. 2020. "Blame, Bullying and Disrespect: Chinese Canadians Reveal Their Experiences with Racism during COVID-19." https://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/06/2020.06.22_Discrimination_Chinese_Canadians.pdf.
- Arya, Akshaya N., Ilene Hyman, Tim Holland, Carolyn Beukeboom, Catherine E. Tong, Rachel Talavlikar, and Grace Eagan. 2024. "Medical Interpreting Services for Refugees in Canada: Current State of Practice and Considerations in Promoting This Essential Human Right for All." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 21 (5). <https://doi.org/10.3390/ijerph21050588>.
- Asian Heritage Society of New Brunswick. n.d. "Early South Asian Immigration to Canada: The Story of the Sikhs."
- Bajgain, Bishnu B., Kalpana T. Bajgain, Sujan Badal, Fariba Aghajafari, Jeanette Jackson and Maria-Jose Santana. 2020. "Patient-Reported

Experiences in Accessing Primary Healthcare among Immigrant Population in Canada: A Rapid Literature Review.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (23). <https://doi.org/10.3390/ijerph17238724>.

Black Health Alliance. n/d. “A Black Health Plan for Ontario A Call to Action to Reduce Disparities and Advance Equity in Ontario.” <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2023-06/BlackHealthPlan.pdf>.

———. s.d. “Perspectives on Health and Wellbeing in Black Communities in Toronto: Our Health, Our Way.” Toronto, Ontario: Black Health Alliance. <https://blackhealthalliance.ca/wp-content/uploads/Perspectives-on-Health-and-Wellbeing-in-Black-Communities-in-Toronto-Our-Health-Our-Way.pdf>.

Brobbe, Anita, Vijata Sharma, et Maegan Mazereeuw. 2025. « Les hospitalisations évitables parmi les groupes racisés : Résultats des cohortes Santé et environnement du Recensement canadien de 2016. Rapports sur la santé. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/250618/dq250618e-fra.htm>.

Canadian Centre for Housing Rights. 2022. “‘Sorry, It’s Rented.’: Measuring Discrimination Against Newcomers in Toronto’s Rental Housing Market.” Canadian Centre for Housing Rights.

Canadian Institute for Health Information. 2022. « Directives sur l’utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l’identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada ». ICIS (Ontario). <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf> [fards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-en.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-en.pdf).

Cénat, Jude Mary. 2024. “Racial Discrimination in Healthcare Services among Black Individuals in Canada as a Major Threat for Public Health: Its Association with COVID-19 Vaccine Mistrust and Uptake, Conspiracy Beliefs, Depression, Anxiety, Stress, and Community Resilience.” *Public Health* 230 (May):207–15. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.02.030>.

- Centre for Equality Rights in Accommodation. n.d. "Housing Equality for New Canadians: Measuring Discrimination in Toronto's Rental Housing Market." Toronto, Ontario. <https://housingrightscanada.com/wp-content/uploads/2022/08/Housing-Equality-for-new-canadians-FinalReport.pdf>.
- Chiu Maria. 2017. "Ethnic Differences in Mental Health and Race-Based Data Collection." *Healthcare Quarterly* 20 (3): 6–9.
- Chiu, Maria, Abigail Amartei, Xuesong Wang, and Paul Kurdyak. 2018. "Ethnic Differences in Mental Health Status and Service Utilization: A Population-Based Study in Ontario, Canada." *The Canadian Journal of Psychiatry* 63 (7): 481–91. <https://doi.org/10.1177/0706743717741061>.
- Choi, Kate H. and Sagi Ramaj. 2024. "Ethno-Racial and Nativity Differences in the Likelihood of Living in Affordable Housing in Canada." *Housing Studies* 39 (9): 2210–33. <https://doi.org/10.1080/02673037.2023.2170988>.
- Council of Agencies Serving South Asians, South Asian Legal Clinic of Ontario, and South Asian Women's Rights Organization. 2020. "The Impact of COVID-19 on South Asians in Canada."
- Dahal, Rudra, Bishnu Bahadur Bajgain, Kalpana Thapa-Bajgain, Kamala Adhikari, Iffat Naeem, Nashit Chowdhury, and Tanvir C Turin. 2024. "Patient-Reported Primary Health Care Experiences in Canada: The Challenges Faced by Nepalese Immigrant Men." *Journal of Migration and Health* 9 (January):100223. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100223>.
- Canadian Centre for Housing Rights. 2025. "Measuring Discrimination in Rental Housing Across Canada." Canadian Centre for Housing Rights and Brock University.
- Canadian Medical Association. n.d. "Health Care in Canada: What Makes Us Sick?: Canadian Medical Association Town Hall Report." Ottawa, ON: Canadian Medical Association.
- Daily Bread Food Bank. 2024. "Who's Hungry Report 2024 Trapped in Poverty: Unprecedented Hunger in Toront." Toronto, Ontario: Daily Bread Food Bank & North York Harvest Food Bank. <https://www.dailybread.ca/wp-content/uploads/2024/11/DB-Whos-Hungry-Report-2024-Digital-1.pdf>.

- Donkin, Angela J. M. 2014. "Social Gradient." In *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 2172–78. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs530>.
- Government of Canada. 2022. "Inequalities in Health of Racialized Adults in Canada." Ottawa, ON: Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/inequalities-health-racialized-adults-18-plus-canada.html>.
- Health Quality Ontario. 2016. "Income and Health - Opportunities to Achieve Health Equity in Ontario." Toronto, Ontario: Health Quality Ontario. <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/system-performance/health-equity-report-en.pdf>.
- Islam, Farah, Nazilla Khanlou, and Hala Tamim. 2014. "South Asian Populations in Canada: Migration and Mental Health." *BMC Psychiatry* 14 (1): 154. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-154>.
- Leon, Scott, and James Iveniuk. 2021. "Widening Inequities: Long-Term Housing Affordability in the Toronto Census Metropolitan Area 1991-2016." Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2021/12/Widening-inequities-Longterm-housing-affordability.pdf>.
- Lowe, Leyna, Fearon Danielle, Ammar Adenwala, and Deb Wise Harris. 2024. "The State of Mental Health in Canada 2024: Mapping the Landscape of Mental Health, Addictions and Substance Use Health." Toronto, ON: Canadian Mental Health Association. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2024/11/CMHA-State-of-Mental-Health-2024-report.pdf>.
- Marmot, M.G., S. Stansfeld, C. Patel, F. North, J. Head, I. White, E. Brunner, A. Feeney, M.G. Marmot, and G. Davey Smith. 1991. "Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study." *The Lancet* 337 (8754): 1387–93. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K).
- Mason, Joyce, Audrey Laporte, James Ted McDonald, Paul Kurdyak, Ethan Fosse, and Claire de Oliveira. 2024. "Assessing the 'Healthy Immigrant Effect' in Mental Health: Intra- and Inter-Cohort Trends in Mood and/or Anxiety Disorders." *Social Science & Medicine* 340 (January):116367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116367>.
- Ng, Edward, and Haozhen Zhang. 2020. "The Mental Health of Immigrants and Refugees: Canadian Evidence from a Nationally Linked Database." Health Reports. Ottawa, ON: Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020008/article/00001-eng.htm>.

- Wilkinson, Richard, and Michael Marmot. 2003. "Social Determinants of Health: The Solid Facts." Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. n.d. "Social Determinants of Health." n.d. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
- Report 2024 Trapped in Poverty: Unprecedented Hunger in Toronto." Toronto (Ontario) : Daily Bread Food Bank & North York Harvest Food Bank. <https://www.dailybread.ca/wp-content/uploads/2024/11/DB-Whos-Hungry-Report-2024-Digital-1.pdf>.
- Devlin, Todd. 2023. "Understanding the Barriers Immigrants Face in Accessing Healthcare in Canada." Western Health Sciences.
- Dhiman, Manjeet, Ada Wong and Jody Yvonne. 2020. "Employment Services Responses to Labour Market Challenges for South Asian Women: An ACCES Employment Study." Working Paper No. 2020/11. Ryerson Centre for Immigration and Settlement (RCIS) and the CERC in Migration and Integration.
- Donkin, Angela J. M. 2014. "Social Gradient." Dans *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 2172-78. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs530>.
- Fante-Coleman, T, Melissa Booker, M Craigg, Deneece Plummer, and Fatimah Jackson-Best. 2022. "Factors That Impact How Black Youth Access the Mental Healthcare System in Ontario. Toronto : Pathways to Care Project." Black Health Alliance Ontario.
- Fante-Coleman, Tiyyondah, Melissa Booker, Ameerah Craigg, Deneece Plummer, and Fatimah Jackson-Best. 2022. "Factors That Impact How Black Youth Access the Mental Healthcare System in Ontario. Toronto : Projet Pathways to Care ». Toronto (Ontario) : Black Health Alliance. https://youthrex.com/wp-content/uploads/2023/02/pathways-to-care-focus-groupenglish-b_TLaW.pdf.
- Fante-Coleman, Tiyyondah and Fatimah Jackson-Best. 2020. "Barriers and Facilitators to Accessing Mental Healthcare in Canada for Black Youth: A Scoping Review." *Adolescent Research Review* 5 (2): 115–36. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00133-2>.
- Fante-Coleman, Tiyyondah, Ciann L. Wilson, Ruth Cameron, Todd Coleman, and Robb Travers. 2022. « 'Getting Shut Down and Shut Out' : Exploring ACB Patient Perceptions on Healthcare Access at the

Physician-Patient Level in Canada.” *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 17 (1): 2075531.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2075531>.

Faruquzzaman. 2020. “An Exploration on the Barriers to Accessing Mental Health Services Among South Asian Youth.” Wilfrid Laurier University.
<https://scholars.wlu.ca/etd/2494/>.

Foster, Lorne, Stella Park, Hugh McCague, Marcelle-Anne Fletcher, and Jackie Sikdar. 2023. “Black Canadian National Survey.” Institute for Social Research, York University. https://www.yorku.ca/news/wp-content/uploads/sites/242/2023/06/BCNS-Report_2023-FINAL.pdf.

Gouvernement du Canada. 2019. « Loi sur la stratégie nationale sur le logement ». Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/n-11.2/TexteCompleet.html>.

———. 2020. « Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs : un aperçu. » Déterminants de la santé. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada.

———. 2022. « Inégalités en matière de santé chez les adultes racisés au Canada ». Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-matiere-sante-adultes-racises-18-ans-plus-canada.html>.

———. 2023. « Résumé : Réaliser et soutenir l'équité en matière d'emploi : un cadre transformatif. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada.
https://publications.gc.ca/collections/collection_2024/edsc-esdc/Em8-81-1-2023-fra.pdf.

———. 2024a. « Inégalités en matière de santé mentale, de bien-être et de mieux-être au Canada : Tendances des inégalités en matière de santé mentale au Canada. Met en évidence les changements au fil du temps et les facteurs d'inégalités en matière de santé mentale. Gouvernement du Canada. <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale/inegalites/rapport.html>.

———. 2024b. « Événements marquants de l'histoire des communautés asiatiques au Canada ». Ottawa (Ontario)

<https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/mois-patrimoine-asiatique/evenements-importants.html>.

———. s.d. « Événements marquants de l'histoire des personnes noires et de leurs communautés au Canada ». Mois de l'histoire des Noirs. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/mois-histoire-des-noirs/communautes-historiques-noires.html>.

Gueye, Bassirou. 2023. « Les propriétaires d'entreprises noirs au Canada ». Direction des études analytiques : documents de recherche . Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2023001-fra.htm>.

Qualité des services de santé Ontario. 2016. « Revenu et santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario ». Toronto (Ontario) : Qualité des services de santé Ontario. <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/system-performance/health-equity-report-fr.pdf>.

Innovation, Sciences et Développement économique Canada. s.d. « Fonds de prêts pour l'entrepreneuriat des communautés noires ». Gouvernement du Canada.

Islam, Farah, Nazilla Khanlou, and Hala Tamim. 2014. "South Asian Populations in Canada: Migration and Mental Health." *BMC Psychiatrie* 14 (1) : 154. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-154>.

Islam, Farah, Amanpreet Multani, Michaela Hynie, Yogendra Shakya, and Kwame McKenzie. 2017. "Mental Health of South Asian Youth in Peel Region, Toronto, Canada: A Qualitative Study of Determinants, Coping Strategies and Service Access." *BMJ Open* 7 (11): e018265. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018265>.

Jedwab, Jack. 2020. "CANADIAN OPINION ON THE CORONAVIRUS – N°14: ECONOMIC VULNERABILITY SCORE FOR SELECTED VISIBLE MINORITIES AND THE EFFECTS COVID-19." Association for Canadian Studies.

Kandasamy, Sujane, Baanu Manoharan, Zainab Khan, Rosain Stennett, Dipika Desai, Rochelle Nocos, Gita Wahi, et al. 2023. "Perceptions of COVID-19 Risk, Vaccine Access and Confidence: A Qualitative

- Description of South Asians in Canada.” *BMJ Open* 13 (4): e070433.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070433>.
- KPMG. 2024. “Black Canadians Feel Their Employers Are Making Headway...,” February 5, 2024.
<https://kpmg.com/ca/en/home/media/press-releases/2024/02/canadian-employers-make-progress-on-anti-black-racism.html>.
- Leigh, Jeanna Parsons, Stephana Julia Moss, Faizah Tiifu, Emily FitzGerald, Rebecca Brundin-Mathers, Alexandra Dodds, Amanpreet Brar, et al. 2022. “Lived Experiences of Asian Canadians Encountering Discrimination during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Interview Study.” *CMAJ Open* 10 (2): E539.
<https://doi.org/10.9778/cmajo.20220019>.
- Leon, Scott, and James Iveniuk. 2021. “Widening Inequities: Long-Term Housing Affordability in the Toronto Census Metropolitan Area 1991-2016.” Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2021/12/Widening-inequities-Longterm-housing-affordability.pdf>.
- Lowe, Leyna, Fearon Danielle, Ammar Adenwala, et Deb Wise Harris. 2024. « L'état de la santé mentale au Canada 2024 : Portrait de la situation en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances. Toronto (Ontario) : Association canadienne pour la santé mentale. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2024/11/ACSM-Etat-de-la-sante-mentale-2024-rapport.pdf>.
- MacIsaac, Samuel et René Morissette. 2023. *Couverture des congés de maladie payés des employés au Canada, de 1995 à 2022*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023010/article/00001-fra.htm>.
- Mahabir, Deb Finn, Patricia O'Campo, Aisha Lofters, Ketan Shankardass, Christina Salmon, and Carles Muntaner. 2021. “Experiences of Everyday Racism in Toronto's Health Care System: A Concept Mapping Study.” *International Journal for Equity in Health* 20 (1): 74.
<https://doi.org/10.1186/s12939-021-01410-9>.

- Mahmood, Bushra, Prince Adu, Geoffrey McKee, Aamir Bharmal, James Wilton et Naveed Zafar Janjua. 2024. "Ethnic Disparities in COVID-19 Vaccine Mistrust and Receipt in British Columbia, Canada: Population Survey." *JMIR Public Health Surveill* 10 (février) : e48466. <https://doi.org/10.2196/48466>.
- Majid, Sanaa, Rachel Douglas, Victoria Lee, Elizabeth Stacy, Arun K. Garg, and Kendall Ho. 2016. "Facilitators of and Barriers to Accessing Clinical Prevention Services for the South Asian Population in Surrey, British Columbia: A Qualitative Study." *CMAJ Open* 4 (3): E390. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20150142>.
- Marmot, M.G., S. Stansfeld, C. Patel, F. North, J. Head, I. White, E. Brunner, A. Feeney, M.G. Marmot, and G.Davey Smith. 1991. "Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study." *The Lancet* 337 (8754): 1387–93. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K).
- Mason, Joyce, Audrey Laporte, James Ted McDonald, Paul Kurdyak, Ethan Fosse, and Claire de Oliveira. 2024. "Assessing the 'Healthy Immigrant Effect' in Mental Health: Intra- and Inter-Cohort Trends in Mood and/or Anxiety Disorders." *Social Science & Medicine* 340 (January):116367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116367>.
- McGibbon, Elizabeth. 2021. *Oppression: A Social Determinant of Health*. 2nd ed. Winnipeg: Fernwood Publishing.
- McKenzie, Kwame, Branka Agic, Andrew Tuck et Michael Antwi. 2016. « Arguments en faveur de la diversité Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés. Toronto (Ontario) : Commission de la santé mentale du Canada.
- Commission de la santé mentale du Canada. 2012. « La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada ». 2012. <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/strategie-en-matiere-de-sante-mentale-pour-le-canada/>?
- Muralitharan, Maiura. 2021. "The Impact of Race on the Health of South Asians: A Systematic Review." Dissertation.

- Naeem, Farooq, Nagina Khan, Sarah Ahmed, M Sanches, Catherine Lamoureux-Lamarche, H.M Vasiliadis, Gary Thandi, et al. 2023. « Développement et validation d'une forme de TCC culturellement adaptée pour l'optimisation des services de santé mentale communautaires prodigués aux Canadiens d'origine sud-asiatique » Rapport final. » Toronto (Ontario) : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Naeem, Farooq, Nagina Khan, Nazia Sohani, Farhana Safa, Mehreen Masud, Sarah Ahmed, Gary Thandi, et al. 2024. "Culturally Adapted Cognitive Behaviour Therapy (CaCBT) to Improve Community Mental Health Services for Canadians of South Asian Origin: A Qualitative Study." *The Canadian Journal of Psychiatry* 69 (1): 54–68. <https://doi.org/10.1177/07067437231178958>.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. "Social Determinants of Health and Health Equity." In *The Future of Nursing 2020-2030 - Charting a Path to Achieve Health Equity*, edited by Mary K Wakefield, David R. Williams, Suzanne Le Menestrel, and Jennifer Lalitha Flaubert. Washington, D.C. : The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>.
- Ng, Edward et Haozhen Zhang. 2020. « La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national ». Rapports sur la santé. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020008/article/00001-fra.htm>.
- Ng, Isabella, Carla Hilario, and Jordana Salma. 2024. "‘If I Stay Quiet, the Only Person That Gets Hurt Is Me’: Anti-Asian Racism and the Mental Health of Chinese-Canadian Youth During the COVID-19 Pandemic." *Canadian Journal of Nursing Research*, October, 08445621241289515. <https://doi.org/10.1177/08445621241289515>.
- Ng, Winnie, Salmaan Khan et Jim Stanford. 2024. "The Importance of Unions in Reducing Racial Inequality: New Data and Best Practices." Centre for Future Work.
- Olaniyan, Toyib, Tanya Christidis, Matthew Quick, Tafadzwa Machipisa, Tolulope Sajobi, Jude Kong, Kwame McKenzie, et Michael Tjepkema. 2025. « Comprendre les écarts en matière de mortalité chez les adultes noirs au Canada ». Rapports sur la santé. Ottawa (Ontario) :

- Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2025004/article/00001-fra.htm>.
- Olukotun, Mary, Adedoyin Olanlesi-Aliu, Yawa Idi, Tehseen Ladha, Paul Bailey, Regine King, and Bukola Salami. 2024. "Institutional and Systemic Barriers and Facilitators Affecting Healthcare Access for Black Women in Alberta." *SSM - Qualitative Research in Health* 6 (December):100485. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100485>.
- Code des droits de la personne de l'Ontario. 2009. « La politique sur la discrimination en matière de logement locatif ». Ontario. <https://www3.ohrc.on.ca/fr/policy-human-rights-and-rental-housing/iii-le-code-des-droits-de-la-personne-de-lontario>.
- Commission ontarienne des droits de la personne. 2005. « Politiques et directives sur le racisme et la discrimination raciale ». Commission ontarienne des droits de la personne. https://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/attachments/Policy_and_guidelines_on_racism_and_racial_discrimination_fr.pdf.
- Ou, Christine H.K., Sabrina T. Wong, Jean-Frédéric Levesque, and Elizabeth Saewyc. 2017. "Healthcare Needs and Access in a Sample of Chinese Young Adults in Vancouver, British Columbia: A Qualitative Analysis." *Revue internationale des sciences infirmières* 4 (2) : 173–78. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.03.003>.
- Pederson Aderonke Bamgbose. 2023. "Management of Depression in Black People: Effects of Cultural Issues." *Psychiatric Annals* 53 (3): 122–25. <https://doi.org/10.3928/00485713-20230215-01>.
- Peng, Jenny. 2024. « Communauté taiwanaise au Canada ». *L'Encyclopédie Canadienne*. <https://the canadianencyclopedia.ca/fr/article/communaute-taiwanaise-au-canada>.
- Phiri, Peter, Isabel Clarke, Lydia Baxter, Yu-Tian Zeng, Jian-Qing Shi, Xin-Yuan Tang, Shanaya Rathod, Mustafa G Soomro, Gayathri Delanerolle, and Farooq Naeem. 2023. "Evaluation of a Culturally Adapted Cognitive Behavior Therapy-Based, Third-Wave Therapy Manual." *World Journal of Psychiatry* 13 (1): 15.

Poolokasingham, Gauthamie, Lisa B. Spanierman, Sela Kleiman, and Sara Houshmand. 2014. “‘Fresh off the Boat?’ Racial Microaggressions That Target South Asian Canadian Students.” *Journal of Diversity in Higher Education* 7 (3): 194–210. <https://doi.org/10.1037/a0037285>.

Agence de la santé publique du Canada. 2020. « Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs : un aperçu. » Ottawa (Ontario) <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/determinants-sociaux-iniquites-canadiens-noirs-apercu.html>.

———. 2022. « Inégalités en matière de santé des adultes racisés au Canada ». Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé. Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research-data/health-inequalities-inforgraphics/health-inequalities-racialized-adults-fra.pdf>.

Quay, Teo AW, Leora Frimer, Patricia A Janssen, and Yvonne Lamers. 2017. “Barriers and Facilitators to Recruitment of South Asians to Health Research: A Scoping Review.” *BMJ Open* 7 (5): e014889. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014889>.

Randle, Jeff, Zachary Thurston et Thierry Kubwimana. 2022a. « Expériences en matière de logement au Canada : les personnes japonaises en 2016. Statistiques sur le logement au Canada. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2021001/article/00021-fra.htm>.

———. 2022b. « Expériences en matière de logement au Canada : la population coréenne en 2016 Statistiques sur le logement au Canada. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2021001/article/00020-fra.htm>.

Randle, Jeff, Hu Zheren et Thurston Zachary. 2021a. « Expériences en matière de logement au Canada : les personnes chinoises en 2018 Statistiques sur le logement au Canada. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2021001/article/00007-fra.htm>.

Randle, Jeff, Hu Zheren et Thurston Zachary. 2021b. « Expériences en matière de logement au Canada : les personnes sud-asiatiques en

2018. 46280001. Statistiques sur le logement au Canada. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2021001/article/00008-fra.htm>.
- Richter, Solina, Helen Vallianatos, Jacqueline Green and Chioma Obuekwe. 2020. "Intersection of Migration and Access to Health Care: Experiences and Perceptions of Female Economic Migrants in Canada." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103682>.
- Rotenberg, Martin, Andrew Tuck, Rachel Ptashny, and Kwame McKenzie. 2017. "The Role of Ethnicity in Pathways to Emergency Psychiatric Services for Clients with Psychosis." *BMC Psychiatry* 17 (1): 137. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1285-3>.
- Salami, Bukola, Benjamin Denga, Robyn Taylor, Nife Ajayi, Margot Jackson, Msgana Asefaw, and Jordana Salma. 2021. "Access to Mental Health for Black Youths in Alberta." *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 41 (September):245–53. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.9.01>.
- Sanford, Sarah, Seong-gee Um, Mauriene Tolentino, Lucksini Raveendran, Kirandeep Kharpal, Nina Acco Weston, and Brenda Roche. 2022. "The Impact of COVID-19 on Mental Health and Well-Being: A Focus on Racialized Communities in the GTA." Toronto (Ontario) : Mental Health Commission of Canada & Wellesley Institute.
- Sanford, Sarah, Yu-ling Yin, and Christine L Sheppard. 2024. "Barriers and Enablers to Primary Care Access for Equity-Deserving Populations in Ontario: A Scoping Review." Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2024/09/Barriers-and-Enablers-to-Primary-Care-Access-for-Equity-Deserving-Populations-in-Ontario-A-Scoping-Review.pdf>.
- Sergeant, Anjali, Sudipta Saha, Anushka Lalwani, Anand Sergeant, Avery McNair, Elias Larrazabal, Kelsey Yang, et al. 2022. "Diversity among Health Care Leaders in Canada: A Cross-Sectional Study of Perceived Gender and Race." *Canadian Medical Association Journal* 194 (10): E371. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211340>.

- Solar, O, and A Irwin. 2010. "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)." Geneva: World Health Organization.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1.
- Statistique Canada. 2020. « Enquête sur la population active, juillet 2020 ». Le Quotidien. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200807/dq200807a-fra.htm?%20HPA%20=%201>.
- . 2021a. « Aperçu du marché du travail des Canadiens d'origine sud-asiatique, chinoise et philippine durant la pandémie. » Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210521/dq210521b-fra.htm>.
- . 2021b. « Profil du recensement, Recensement de la population de 2021 : Tableau de profil. Recensement de la population de 2021. Ottawa (Ontario) <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/details/page.cfm?LANG=F&GENDERlist=1,2,3&STATISTIClist=1,4&DGUIDlist=2021A000011124&HEADERlist=29&SearchText=Canada>.
- . 2021c. « Besoins impérieux en matière de logement ». Dictionnaire, Recensement de la population, 2021. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/dict/az/Definition-fra.cfm?ID=households-menage037>.
- . 2021d. « Étude : Aperçu de l'expérience des Canadiens noirs sur le marché du travail pendant la pandémie Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
- . 2022a. « Guide de référence sur l'origine ethnique ou culturelle, Recensement de la population, 2021 ». Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/98-500/008/98-500-x2021008-fra.cfm>.

- . 2022b. « Diversité ethnoculturelle et religieuse – Matériel promotionnel du Recensement de 2021 ». Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
<https://www.statcan.gc.ca/fr/recensement/sensibilisation-recensement/soutien-collectivite/diversite-ethnoculturelle-et-religieuse>.
- . 2022c. « Le recensement canadien, un riche portrait de la diversité ethnoculturelle et religieuse au pays Le Quotidien. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026b-fra.htm>.
- . 2022d. « Guide de référence sur les minorités visibles et le groupe de population, Recensement de la population, 2021 ». Statistique Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/98-500/006/98-500-x2021006-fra.cfm>.
- . 2023a. « Un portrait du niveau de scolarité et des résultats professionnels au sein des groupes de population racisés en 2021 ». Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021011/98-200-x2021011-fra.cfm>.
- . 2023b. « La santé de la population canadienne Accès aux soins de santé . » Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2023001/section3-fra.htm>.
- . 2023c. « Les conditions de logement des groupes racisés : un aperçu. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230123/dq230123b-fra.htm>.
- . 2024a. « Un aperçu statistique des Asiatiques au Canada. » Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
<https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/6178-un-aperçu-statistique-des-asiatiques-au-canada>.
- . 2024b. « Santé mentale perçue, selon le genre et certaines autres caractéristiques sociodémographiques ». Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=4510008001&request_locale=fr.

- . 2024c. « Qualité de l'emploi au Canada Accès aux congés de maladie payés, 2023 ». Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/14-28-0001/2024001/article/00008-fra.htm>.
- . 2025a. « Le Mois de l'histoire des Noirs... en chiffres Le Quotidien. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www.statcan.gc.ca/fr/quotidien/en-chiffres/mois-histoire-noirs>.
- . 2025b. « Caractéristiques de la population active selon le groupe de minorités visibles, moyennes mobiles de trois mois, données mensuelles non désaisonnalisées. » Ottawa (Ontario) https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410037301&request_locale=fr.
- . s.d. « Besoins en soins de santé insatisfaits ». Santé. Statistique Canada. <https://www.statcan.gc.ca/hub-carrefour/quality-life-qualite-vie/health-sante/health-care-soins-sante-fra.htm>.
- StatsCAN Plus. 2022. « Discrimination envers les Noirs au Canada ». Statistique Canada. <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/1986-discrimination-envers-les-noirs-au-canada>.
- Stick, Max, Feng Hou et Christoph Schimmele. 2023. « Les trajectoires en matière de logement des groupes racisés nés au Canada ». 36-28–0001. Rapports économiques et sociaux. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023012/article/00003-fra.pdf>.
- Thobani, Tijhiana R., and Zahid A. Butt. 2022. “The Increasing Vulnerability of South Asians in Canada during the COVID-19 Pandemic.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052786>.
- Tjepkema, M, Tanya Christidis, Toyib Olaniyan, and J Hwee. 2023. “Mortality Inequalities of Black Adults in Canada.” *Health Reports*. Ottawa (Ontario) <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202300200001-eng>.
- Toronto Community Housing. 2021. “Confronting Anti-Black Racism Strategy.” Toronto (Ontario). https://torontohousing.ca/sites/default/files/2023-04/pdf_-

_tchc_confronting_anti-black_racism_strategy_-
_approved_by_the_board_on_february_26_2021_.pdf.

Turin, Tanvir C., Ruksana Rashid, Mahzabin Ferdous, Nashit Chowdhury, Iffat Naeem, Nahid Rumana, Afsana Rahman, Nafiza Rahman, and Mohammad Lasker. 2020. "Perceived Challenges and Unmet Primary Care Access Needs among Bangladeshi Immigrant Women in Canada." *Journal of Primary Care & Community Health* 11 (January):2150132720952618. <https://doi.org/10.1177/2150132720952618>.

Turin, Tanvir C, Ruksana Rashid, Mahzabin Ferdous, Iffat Naeem, Nahid Rumana, Afsana Rahman, Nafiza Rahman, and Mohammad Lasker. 2020. "Perceived Barriers and Primary Care Access Experiences among Immigrant Bangladeshi Men in Canada." *Family Medicine and Community Health* 8 (4): e000453. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000453>.

Turner, Heidi. 2022. "Overlooked: Canada's Fastest-Emerging, Highest-Educated Workforce." Pink Attitude.

University of Waterloo. 2024. "ANTI-ASIAN RACISM EXPERIENCED BY EAST ASIANS IN A CANADIAN CONTEXT." Waterloo, ON: University of Waterloo.

Wall, Katherine, and Shane Wood. 2023. « Scolarité et gains des populations noires nées au Canada ». Regards sur la société canadienne. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00009-fra.htm>.

Wang, Lu, and Min-Jung Kwak. 2015. "Immigration, Barriers to Healthcare and Transnational Ties: A Case Study of South Korean Immigrants in Toronto, Canada." *Social Science & Medicine* 133 (May):340–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.039>.

Wilkinson, Richard, et Michael Marmot. 2003. « Déterminants sociaux de la santé : Les faits. Genève : Organisation mondiale de la santé.

- Williams, David R., Jourdyn A. Lawrence, Brigitte A. Davis, and Cecilia Vu. 2019. "Understanding How Discrimination Can Affect Health." *Health Services Research* 54 (S2): 1374–88. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>.
- Williams, Monnica T., Anjalika Khanna Roy, Marie-Paule MacIntyre, and Sonya Faber. 2022. "The Traumatizing Impact of Racism in Canadians of Colour." *Current Trauma Reports* 8 (2): 17–34. <https://doi.org/10.1007/s40719-022-00225-5>.
- World Health Organization. 2024. "WHO Releases New Guidance on Monitoring the Social Determinants of Health Equity." Geneva. <https://www.who.int/news/item/19-02-2024-who-releases-new-guidance-on-monitoring-the-social-determinants-of-health-equity>.
- . 2025. "World Report on Social Determinants of Health Equity." Geneva: World Health Organization.
- . n.d. "Social Determinants of Health." n.d. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
- Wu, Cary, Rima Wilkes, Yue Qian, and Eric Kennedy. 2020a. "Acute Discrimination and East Asian-White Mental Health Gap during COVID-19 in Canada." *SSRN Electronic Journal*, January. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3626460>.
- . 2020b. "EAST ASIAN CANADIANS, DISCRIMINATION, AND THE MENTAL HEALTH IMPACT OF COVID-19," October.
- Wyatt, Ronald, M Laderman, L Botwinick, K Mate, and J Whittington. 2016. "Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations." IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Yao, Diamond. 2021. « Racisme anti-asiatique au Canada ». *L'Encyclopédie Canadienne*. <https://thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/racisme-anti-asiatique>.
- Zhu, Change, Baoxiang Song, Christine A. Walsh, Prince Chiagozie Ekoh, Xuebin Qiao, and Aijun Xu. 2024. "Barriers to Accessing Health Care of Older Chinese Immigrants in Canada: A Scoping Review." *Frontiers in Public Health* Volume 12-2024. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1445964>.