

Hétérogénéité de l'identité noire : l'importance de l'intersectionnalité dans la recherche sur le racisme envers les personnes noires et l'équité des soins de santé au Canada

Khandideh K.A. Williams BSc, Aisha Lofters MD PhD, Shamara Baidoobonso PhD, Isabelle Leblanc MD MSc, Jeannie Haggerty PhD, Alayne M. Adams PhD

■ *CMAJ* 2024 September 9;196:E1024-6. doi : 10.1503/cmaj.230350-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 June 10;196:E767-9. doi : 10.1503/cmaj.230350

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230350

Le racisme envers les personnes noires engendre et perpétue des iniquités en matière de santé par le biais de déterminants sociaux et structurels comme l'accès restreint à l'emploi et aux ressources matérielles, ou encore l'exposition accrue à divers facteurs de risque comme la surveillance policière excessive¹⁻⁴. Comme il s'agit d'un facteur de stress psychologique, le racisme peut aussi affecter la santé des personnes noires en provoquant des réactions de stress psychologiques ou physiologiques négatives⁵. Bien que la plupart des études sur le sujet aient été menées aux États-Unis, un volume croissant de données vient confirmer la présence de répercussions négatives sur la santé et le bien-être des populations noires du Canada en raison du racisme envers les personnes noires, qui découle des codes raciaux et des conventions discriminatoires associés au paradigme colonial^{2,6}. Pourtant, l'hétérogénéité des expériences de racisme au sein des communautés noires au Canada est souvent négligée dans la recherche en matière de santé. Lorsqu'on ne tient pas compte de l'éventail d'identités et de positions sociales des personnes noires, on peut en arriver à une surgénéralisation ignorant les intersections nuancées avec le racisme envers les personnes noires, qui engendre des iniquités en matière de santé et de soins. Nous explorons ici l'hétérogénéité des communautés noires au Canada et revendiquons l'importance de sa reconnaissance dans la recherche et les processus de planification visant à lutter plus efficacement contre le racisme dans les systèmes de soins de santé.

D'après les données du Recensement du Canada de 2021, près de 1,5 million de personnes se considèrent comme noires, ce qui représente plus de 4 % de la population nationale et de multiples groupes ethnoculturels (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026b-fra.htm>).

Points clés

- Un volume croissant de données montre que le racisme envers les personnes noires affecte la santé et le bien-être des populations noires au Canada.
- La question de l'hétérogénéité des expériences de racisme envers les personnes noires en soins de santé au Canada demeure insuffisamment étudiée.
- Comme l'expérience au quotidien de l'identité noire n'est pas homogène, les perceptions et les expériences de racisme envers les personnes noires ne le sont pas non plus.
- La théorie de l'intersectionnalité fournit un angle théorique utile pour tenir compte des expériences hétérogènes de racisme envers les personnes noires dans les soins de santé.
- La prise en compte de la diversité au sein des communautés noires du Canada et des différences associées dans les perceptions et les expériences de racisme en soins de santé peut faciliter la création de systèmes de santé plus équitables.

En 2021, la population noire rapportait plus de 300 origines ethniques ou culturelles, 450 langues maternelles et plusieurs religions et expériences d'immigration. Alors qu'environ 40 % des personnes répondantes ont indiqué le Canada comme pays de naissance, près du tiers étaient nées en Afrique et 21 % dans les Caraïbes. Les personnes noires au Canada diffèrent aussi entre autres par l'accès à l'éducation et à l'emploi, par le revenu et par les structures familiales. Par exemple, en 2016, environ 18 % des hommes noirs nés au Canada détenaient un baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures, contre 31 % de leurs homologues féminines.

(<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2020002-fra.htm>).

L'hétérogénéité des communautés noires au Canada est davantage mise en évidence lorsque l'on considère les différentes étiquettes ethniques et raciales qu'elles utilisent pour s'identifier. On pense notamment aux personnes qui s'identifient comme Noires, Néo-Écossaises noires, Canadiennes, Caribéennes, Antillaises (ou toute référence à un pays des Caraïbes), mais aussi des étiquettes axées sur l'identité africaine qui renvoient au patrimoine de ce continent (Africaine, Afro-Canadienne, Afro-Caribéenne, ou toute référence à un pays d'Afrique). Le terme « Africadien », inventé par George Elliott Clarke, tient également compte de l'hétérogénéité des communautés noires au Canada en soulignant le rôle de l'ethnicité dans la formation des identités raciales⁷. Ces origines diverses incarnent tout un spectre de visions du monde qui influencent la manière de vivre et de confronter le racisme perçu, ainsi que la manière dont les personnes noires considèrent leurs besoins de soins de santé.

D'autres caractéristiques sociodémographiques — comme le genre, la sexualité, la classe sociale, la couleur de peau, la langue, la religion, etc. — interagissent de manière complexe avec la race et ont notamment une grande influence sur le façonnement des expériences liées à l'identité noire et au racisme. Pour les personnes noires, la marginalisation intersectionnelle liée à l'une de ces caractéristiques ou à toutes ces dernières vient complexifier davantage la compréhension de leur position sociale et l'interprétation de leurs rapports interpersonnels⁸. À ce propos, la théorie de l'intersectionnalité est pertinente pour analyser l'hétérogénéité et ses effets, puis pour mettre en lumière la complexité des catégorisations sociales (comme la race, le genre et la situation de handicap) par rapport à des systèmes interdépendants et additifs de discrimination qui alimentent l'oppression et désavantagent certaines personnes tout en en privilégiant d'autres^{9,10}. Par exemple, le racisme lié au genre (des expériences au croisement du sexisme et du racisme) peut se manifester de manières sensiblement différentes, qui puisent dans des stéréotypes et des préjugés particuliers sur les femmes et les hommes noirs en lien avec leur race, leur sexe et leur genre¹¹. Bien que les résultats soient mitigés, il semblerait que l'âge (ou la génération) ait une influence sur la perception et le signalement d'épisodes de discrimination; le climat sociopolitique et les discours raciaux associés créent une sorte d'effet de cohorte qui affecte le signalement d'épisodes de discrimination⁸. Par exemple, les minorités racisées qui sont passées par des périodes de fortes tensions raciales, comme l'ère des droits civiques, peuvent signaler davantage d'expériences cumulatives de discrimination raciale que leurs homologues plus jeunes⁸.

Une récente étude canadienne a relevé plusieurs déterminants sociaux pouvant accroître le risque de vivre du racisme en tant que personne noire, notamment les identités liées à l'homosexualité, à la bisexualité, à la transidentité et au questionnement de sa sexualité, le fait d'avoir une bonne éducation, l'âge avancé, l'emploi, ou le fait d'être né ou née au Canada¹². Les auteurs et autrices ont signalé que les personnes noires sont plus enclines à vivre ou à rapporter des incidents de racisme à mesure qu'elles montent les échelons socioéconomiques ou dans les

classes sociales, ce qui suggère que la mobilité sociale n'empêche pas le racisme. Ces conclusions sont essentielles pour illustrer les nuances et l'aspect sournois des manifestations du racisme envers les personnes noires dans le contexte canadien. Pensons par exemple à l'ampleur des différences entre les interactions au quotidien d'une dame noire âgée ayant récemment immigré du Nigéria et celles d'un jeune homme noir né au Canada, compte tenu de leurs positions sociales différentes et des normes culturelles qui façonnent leurs perceptions et leurs expériences. De plus, les attentes liées à des caractéristiques comme l'âge, le genre ou la situation d'immigration (surtout si un accent est perceptible) peuvent avoir une influence sur la manière dont les personnes noires sont perçues, ce qui mène à différentes expériences de racisme liées à des préjugés et à des stéréotypes distincts. Un autre facteur vient compliquer notre compréhension du racisme, soit l'existence de données montrant que la probabilité de détecter ou de signaler le racisme envers les personnes noires ou bien d'y réagir est plus grande chez les personnes nées dans une société consciente de la race — comme le Canada — que chez celles qui sont nées ailleurs¹³. Par exemple, les personnes noires ayant immigré au Canada sont plus enclines à attribuer les manifestations de racisme à leur statut de nouvelles arrivantes qu'à leur race, puisqu'elles viennent d'un contexte où le fait d'avoir la peau noire n'est pas couramment utilisé pour définir l'identité. D'autres intersections comme la langue maternelle (et les barrières de langue associées), les identités religieuses ainsi que les croyances (et les différences liées) peuvent davantage façonner la perception du racisme et les attentes associées. Tout comme l'identité noire ne se vit pas de manière homogène, il en va de même pour les expériences et la perception du racisme.

Les analyses nuancées de l'hétérogénéité de la population noire et de ses relations avec les perceptions et les expériences de racisme envers les personnes noires au Canada ont des conséquences importantes pour la recherche en matière de santé, l'équité dans les soins de santé, et la conception et la gestion des systèmes de santé. Par exemple, dans le cas de la recherche sur l'équité dans les soins de santé, l'intersectionnalité fournit un langage utile pour mieux comprendre et formuler l'origine structurelle des iniquités et des mécanismes qui s'associent pour les maintenir en place. En tant que cadre analytique, l'intersectionnalité est pertinente à divers stades du cycle de recherche, puisqu'elle attire l'attention sur la position relative de l'équipe de recherche et des personnes participantes d'un point de vue social et sur l'interdépendance des identités sociales et des forces structurelles qui affectent les différentes manières pour les personnes noires de percevoir, de vivre et de se remémorer les épisodes de racisme vécus dans les soins de santé. Sur tout, la collecte de données claires sur la race — précisant quels groupes composent les « personnes noires » de l'étude — dans les systèmes de santé canadiens est essentielle¹⁴, tout comme l'est la capacité de raffiner ces groupes par l'ajout de données sociodémographiques qui reflètent la diversité des communautés noires et leurs expériences en soins de santé. La reconnaissance de l'intersectionnalité et de l'hétérogénéité qu'elle engendre aurait aussi une incidence sur l'interprétation des données et

sur les personnes invitées à participer aux processus de recherche.

L'intersectionnalité est également importante lorsque vient le temps d'élaborer des approches nuancées visant à renforcer des systèmes de santé équitables, comme l'élaboration de nouvelles stratégies cliniques et de gestion efficaces pour lutter contre le racisme envers les personnes noires, ainsi que l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de soins de santé. Pour améliorer la compréhension de la relation entre les personnes noires et l'utilisation des systèmes de santé canadiens, il faudrait analyser en profondeur les trajectoires uniques que peuvent prendre divers facteurs sociodémographiques et culturels pour contribuer au racisme dans le contexte des soins de santé. Les obstacles à la qualité et à la rapidité des soins sont particulièrement préoccupants, tout comme le sont les facteurs systémiques potentiels sous-jacents aux disparités en matière de santé qui touchent les personnes noires. Par exemple, une approche ciblée universaliste qui reconnaît à la fois les similitudes et les différences des expériences de racisme envers les personnes noires peut optimiser l'efficacité de la promotion des initiatives de santé, notamment celles visant l'augmentation du taux de vaccination ou de dépistage médical au sein des communautés noires. Une telle approche encouragerait également les prestataires de soins de santé à tenir compte des facteurs sociostructurels qui ont une influence sur la santé et les soins au-delà de la personne, ce qui permet une évaluation plus holistique des besoins de la patientèle et du contexte de soins de santé, et l'optimisation de la qualité des soins ainsi que des résultats en matière de santé pour la patientèle noire. Pour finir, elle inciterait les systèmes de santé et les programmes de médecine à éviter les stratégies et les cours réducteurs qui font de la généralisation dans leur traitement des communautés noires. Si elles ne tiennent pas compte de la diversité au sein des communautés noires du Canada, les politiques et interventions en soins de santé visant à lutter contre le racisme sont moins susceptibles de réellement changer les choses.

Références

1. Paradies Y, Ben J, Denson N, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:e0138511.
2. Seatter E. Engagement, Governance, Access, and Protection (EGAP): a data governance framework for health data collected from Black communities in Ontario. Dans : Seatter E, Nizigama A, éditeurs. Toronto : Black Health Equity Working Group; 2021. Accessible ici : https://blackhealthequity.ca/wp-content/uploads/2021/03/Report_EGAP_framework.pdf (consulté le 21 juin 2023).
3. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, et al. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res* 2019;54(Suppl 2):1374-88.
4. Rastetter M. How racism is a structural and social determinant of health. Columbus (OH): The Ohio State University Wexner Medical Center; 2021. Accessible ici : <https://wexnermedical.osu.edu/blog/racism-is-a-social-determinant-of-health> (consulté le 23 juill. 2023).
5. Clark R, Anderson NB, Clark VR, et al. Racism as a stressor for African Americans. A biopsychosocial model. *Am Psychol* 1999;54:805-16.
6. Maynard R. *Policing Black lives: state violence in Canada from slavery to the present*. Black Point (NS) : Fernwood Publishing; 2017.
7. Clarke GE. Contesting a model blackness: a meditation on African-Canadian African Americanism, or the structures of African Canadianite. *Essays Can Crit* 1998;63:1-55.
8. Beatty Moody DL, Waldstein SR, Leibel DK, et al. Race and other sociodemographic categories are differentially linked to multiple dimensions of interpersonal-level discrimination: implications for intersectional, health research. *PLoS One* 2021;16:e0251174.
9. Hill Collins P. *Intersectionality as critical social theory*. Durham (NC) : Duke University Press; 2019.
10. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev* 1991;43:1241-99.
11. Lewis JA, Williams MG, Peppers EJ, et al. Applying intersectionality to explore the relations between gendered racism and health among Black women. *J Couns Psychol* 2017;64:475-86.
12. Husbands W, Lawson DO, Etowa EB, et al. Black Canadians' exposure to everyday racism: implications for health system access and health promotion among urban Black communities. *J Urban Health* 2022;99:829-41.
13. Cénat JM, Hajizadeh S, Dalexis RD, et al. Prevalence and effects of daily and major experiences of racial discrimination and microaggressions among Black individuals in Canada. *J Interpers Violence* 2022;37:NP16750-NP16778.
14. Cénat JM. Who is Black? The urgency of accurately defining the Black population when conducting health research in Canada. *CMAJ* 2022;194:E948-E949.

Intérêts concurrents : Shamara Baidoobonso déclare avoir reçu du financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), des honoraires des IRSC et de l'ASPC et du soutien aux réunions des IRSC. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine familiale (Williams, Leblanc, Haggerty, Adams), Université McGill; Centre hospitalier de St. Mary (Williams, Haggerty), Montréal, Qc; Department of Family & Community Medicine (Lofters), University of Toronto; Peter Gilgan Centre for Women's Cancers (Lofters), Women's College Hospital, Toronto, Ont.; Department of Community Health & Epidemiology (Baidoobonso), Dalhousie University, Halifax, N.-É.; Groupe de médecine fami-

liale (Leblanc), Centre hospitalier de St. Mary, Montréal, Qc.

Contributions : Khandideh Williams et Alayne Adams ont contribué à la conception et à l'élaboration des travaux. Khandideh Williams a rédigé l'ébauche du manuscrit. Tous les auteurs et toutes les autrices en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et

qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Financement : Khandideh Williams a bénéficié du soutien des Instituts de recherche en santé du Canada par l'intermédiaire de la Bourse d'études supérieures du Canada au niveau de la maîtrise Frederick Banting et Charles Best, d'une bourse de formation de doctorat du Fonds de Recherche du Québec — Santé en partenariat avec l'unité de soutien de la Stratégie de recherche axée sur les patientes et patients au Québec, et de la chaire de recherche en médecine familiale et communautaire du Centre de recherche de St. Mary. Jeannie Haggerty a bénéficié du soutien de la Fondation de l'hôpital St. Mary.

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : Khandideh Williams, khandideh.williams@mail.mcgill.ca