



Obstacles Et Facilitateurs À L'accès Aux Soins De Santé Mentale Pour Les Enfants Et Jeunes Noir.E.S:

une étude de portée

Obstacles et facilitateurs à l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et jeunes Noir.e.s: une étude de portée

Fevrier 2020

À PROPOS DU PROJET PATHWAYS TO CARE

Pathways to Care est un projet de changement des systèmes axé sur la communauté et dirigé par les jeunes qui vise à transformer le système de soins de santé mentale pour les enfants et jeunes Noir.e.s et leurs familles.

CONNECT WITH US

Please connect with us on our website www.pathwaystocare.ca or on our facebook, Twitter or Instagram @Pathways_ON

ILLUSTRATION

Melisse Watson

LES AUTEURES DU RAPPORT

Tiyondah Fante-Coleman, MA

Fatimah Jackson-Best, PhD

Données tirées de : Fante-Coleman, T., Jackson-Best F. (2020). Barriers and Facilitators to Accessing Mental Healthcare for Black Children & Youth: A Scoping Review. Adolescent Res Rev. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00133-2>

Comment citer ce rapport : Fante-Coleman, T., Jackson-Best, F. (2020) Obstacles et facilitateurs à l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et jeunes Noir.e.s : une étude de portée. Toronto: Projet Pathways to Care

La reproduction ou l'utilisation du matériel de cette étude peut être utilisée sans le consentement des auteures, à condition que Pathways to Care et/ou les auteures soient cité.e.s.

PROJECT STAKEHOLDERS



FUNDERS





TABLE DES MATIÈRES

04 Termes clés

13 Résultats

06 Résumé

22 Analyse

07 Introduction

25 Conclusion

10 Méthodologie

26 Références

TERMES CLÉS

- **Analyse thématique** : un processus d'organisation et d'analyse de données qualitatives en codes et thèmes. Décrit pour la première fois par Braun et Clarke en 2006
- **Anti-oppression** : le processus de s'opposer à l'utilisation du pouvoir pour porter atteinte à un groupe de personnes ou pour traiter leurs besoins et leurs préoccupations comme sans importance. Vise à empêcher un groupe puissant de personnes de continuer à porter atteinte à celles et ceux qui sont moins puissants.e.s qu'eux ou elles.
- **Anti-racisme** : le processus actif d'identification et d'élimination du racisme en remettant en question les systèmes, les structures organisationnelles, les politiques, les pratiques et les attitudes, afin que le pouvoir soit redistribué et partagé équitablement*
- **Critères d'inclusion** : ensemble de normes créées pour aider un.e chercheur.e à déterminer si un ouvrage écrit doit être inclus dans une étude de portée
- **Discrimination** : le traitement différentiel et négatif d'une personne en fonction des caractéristiques qu'elle possède
- **Données démographiques de la population** : des statistiques qui décrivent les aspects d'une population, ou un échantillon d'une population, et les groupes qui existent au sein d'une population. Des exemples incluent des choses comme l'âge, la race et le revenu
- **Étude de portée** : une activité de recherche où vous essayez de « cartographier » ce que les autres chercheur.e.s disent sur un sujet
- **Facilitateurs** : facteurs qui aident une personne à avoir accès à une chose ou à un service particulier. Dans le cas présent, les facteurs qui empêchent l'accès aux services de santé mentale
- **Littérature grise** : ouvrages écrits publiés dans un format non traditionnel. Souvent produite par des organisations qui veulent partager de l'information avec leurs communautés. La littérature grise n'est généralement pas évaluée par des pairs
- **Littérature scientifique** : ouvrages écrits qui sont souvent créés par des expert.e.s dans leur domaine, et destinés à un public scientifique. Habituellement publié dans un format traditionnel et étudié par d'autres expert.e.s avant publication. Aussi désignée « évaluée par des pairs ».
- **Obstacles** : facteurs qui empêchent une personne d'accéder à une chose ou à un service particulier. Dans le cas présent, les facteurs qui empêchent l'accès aux services de santé mentale
- **Professionnel.le.s de la santé mentale** : personnes qui possèdent les compétences et les qualifications nécessaires pour traiter d'autres personnes qui font face à des défis liés à leur santé mentale. Peut inclure des psychiatres, des psychologues, des infirmier.e.s et des travailleuses et travailleurs sociaux

- **Protocole** : un ensemble de règles ou d'étapes qui doivent être suivies pour produire un résultat recherché. En recherche, un protocole décrit les buts, la structure, les méthodes et l'organisation d'un projet de recherche. Un protocole de recherche peut être publié avant le début d'un projet de recherche pour prouver qu'une étude a fait ce qu'elle avait prévu de faire.
- **Racisme** : la croyance que les différences raciales mettent en évidence qu'une race de personnes est « meilleure » qu'une autre race de personnes en fonction de leurs traits physiques. Peut se produire à tous les niveaux de la société
- **Racisme institutionnel** : racisme qui se produit dans une organisation ou un système. Est souvent maintenu par des politiques et pratiques
- **Recherche qualitative** : recherche qui cherche à acquérir une compréhension plus profonde d'un phénomène. Elle se concentre généralement sur des données qui ne sont pas numériques. Ça peut inclure par exemple des entrevues, des groupes de discussion et des études de cas
- **Recherche quantitative** : recherche qui quantifie l'information en analysant les aspects numériques et les relations des données généralement avec les statistiques. Les exemples incluent les enquêtes numériques
- **Santé mentale** : un état d'être qui aide une personne à participer pleinement et de manière harmonieuse avec son monde social. La capacité d'une personne à reconnaître et à réguler ses émotions et désirs et à reconnaître les mêmes capacités chez les autres. La capacité de faire face aux défis et de répondre aux besoins de leurs rôles sociaux
- **Services volontaires** : traitements de santé mentale qu'une personne recherche de son plein gré
- **Stigmatisation culturelle** : désapprobation d'une personne en raison de caractéristiques qui la distinguent des autres membres de son monde social. Peut être lié à des normes sociales influencées par la religion et la culture
- **Stigmatisation structurelle*** : pratiques initiées au niveau institutionnel qui visent à désavantager un groupe ou une personne stigmatisé.e.s
- **Soins adaptés à la culture** : une façon de fournir des soins de santé mentale qui prend en compte les croyances culturelles, spirituelles et religieuses d'un.e client.e et qui prend en charge « l'entièreté de la personne ». Tient compte des besoins linguistiques et du contexte social
- **Termes de recherche** : un mot ou une combinaison de mots ou de caractères saisis dans un moteur de recherche pour chercher un élément spécifique sur internet ou dans une base de données
- **Toxicomanie** : un large éventail de troubles cérébraux qui se manifestent lors de l'utilisation continue d'une substance malgré les conséquences négatives
- **Traitement fondé sur des données probantes** : traitement de la santé mentale fondé sur des données scientifiques

RÉSUMÉ

Il y a des preuves qui suggèrent que les enfants et jeunes Noir.e.s au Canada font face à des défis étonnamment importants pour obtenir des soins de santé mentale. Ainsi, l'objectif de cette étude de portée était de cartographier l'information actuelle sur les obstacles et les facilitateurs aux soins pour les jeunes Noir.e.s au Canada. Pour notre étude de portée, nous avons étudié à la fois des articles scientifiques et la littérature grise publiés entre janvier 2005 et mai 2019. Nous avons cherché dans six (6) bases de données des articles académiques pertinents : CINAHL, PsycINFO, PubMed, EBSCOhost, Social Science Citation Index et Applied Social Sciences Index & Abstracts. Nous avons identifié la littérature grise (c'est-à-dire des chapitres de livres, des rapports et des présentations) grâce aux recommandations communautaires et Google.

Trente-trois (33) sources ont été incluses dans notre recherche. Nous avons codé les données et les avons analysées en suivant les lignes directrices définies par un processus appelé « analyse thématique ». Dans notre recherche, nous avons constaté que les obstacles aux soins pour les jeunes Noir.e.s se sont manifestés à plusieurs niveaux de la société, y compris au niveau des systèmes, au niveau prestataire-patient.e, ainsi qu'au niveau personnel et communautaire. Au niveau des systèmes, les temps d'attente, l'accès inégal aux médecins et aux professionnel.le.s de la santé mentale ont été identifiés comme certains des obstacles aux soins. Au niveau prestataire-patient.e, le racisme et la discrimination, le manque de soins adaptés à la culture et le manque de soutien au sein des organisations ont freiné un accès adéquat aux soins. Enfin, les obstacles personnels et communautaires, telle la stigmatisation, ont rendu l'accès aux soins plus difficile. Le soutien de la famille et des ami.e.s, ainsi que de bonnes relations avec les prestataires, ont été mentionnés comme des éléments qui ont aidé les jeunes Noir.e.s à avoir accès aux soins.



Les résultats de cette étude suggèrent que les enfants et les jeunes Noir.e.s font face à de nombreux obstacles pour accéder au système de soins de santé mentale Canadien, même s'il est considéré comme universel. Ces résultats suggèrent qu'une augmentation du financement, y compris des soins de santé mentale dans le système de santé universel, et un effort accru sur la prestation de soins adaptés à la culture sont nécessaires pour améliorer l'accès aux soins pour les enfants et les jeunes Noir.e.s. La recherche qui suit ce rapport devrait se concentrer sur les jeunes Noir.e.s, s'inspirer de la recherche communautaire et explorer les multiples identités qui se chevauchent chez les jeunes Noir.e.s en ce qui concerne la maladie mentale.



INTRODUCTION

Le bien-être mental des enfants et des jeunes devient un problème de santé publique national au Canada (Archie et coll. 2010). En fait, un enfant sur cinq au Canada qui a besoin de soins de santé mentale n'y a pas accès (Association canadienne pour la santé mentale [ACSM], 2020). Une bonne santé mentale chez les enfants et les jeunes est importante, car les maladies ne disparaissent pas nécessairement d'elles-mêmes à mesure que les enfants deviennent adultes (Lipman et Boyle, 2008).

Récemment, des appels de la communauté ont souligné la nécessité de se pencher sur la santé mentale chez les enfants et les jeunes Canadien.ne.s Noir.e.s (Patel, 2015 ; Taylor et Richards, 2019). Comprendre les obstacles et les facilitateurs qui affectent l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes Noir.e.s est particulièrement important parce qu'elles et ils font face à des défis uniques, y compris le racisme (Lalonde, Jones et Stroink 2008), des niveaux plus élevés de pauvreté (Khenti 2013) et d'exclusion sociale (Adjei et Minka 2018). Au-delà de cela, les jeunes Noir.e.s qui n'ont pas accès aux traitements en santé mentale sont susceptibles de rencontrer des difficultés à l'école, des conflits familiaux et une interaction accrue avec le système de justice (Planey, Smith, Moore et Walker 2019).

SANTÉ MENTALE CHEZ LES POPULATIONS NOIRES

Le Canada abrite l'une des populations les plus diversifiées sur le plan ethnique au monde. 20 % des résident.e.s Canadien.ne.s sont né.e.s à l'étranger (Chiu 2017). Les Noir.e.s représentent la troisième plus grande population de personnes racisées au Canada, soit près de 3,5 % de la population totale (Statistique Canada, 2016). Puisque les données fondées sur la race relatives à tous les résultats en santé ne sont pas recueillies au Canada, il y a très peu d'information sur les taux de maladie mentale dans cette population. Bien que la recherche au Canada soit limitée, les données provenant des États-Unis (É.-U.) éclairent sur les défis et les sujets de préoccupation potentiels.

Une enquête nationale auprès des jeunes Américains a révélé que 46,8 % avaient souffert d'une forme de maladie mentale avant l'âge de 18 ans (Planey et coll. 2019 ; Merikangas et coll. 2010). En outre, les jeunes Noir.e.s aux États-Unis sont plus susceptibles d'être diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur (TDM) que les jeunes blanc.he.s et six fois plus susceptibles de mourir par suicide en raison de leur dépression (Williams et coll. 2007). Au-delà de cela, les jeunes Noir.e.s atteints de TDM étaient susceptibles de ne pas être traité.e.s. Dans un échantillon national de jeunes souffrant de dépression majeure, les jeunes Noir.e.s aux États-Unis étaient moins susceptibles de recevoir des soins de santé mentale dans une clinique hospitalière que les jeunes blanc.he.s (Cummings & Druss 2011). En outre, le racisme a des implications sur les taux de maladie mentale dans les populations Noir.e.s. Dans une étude menée par Paradies (2006) qui portait sur la définition du racisme dans la recherche en santé, près de la moitié des résultats des études incluses portaient sur la santé mentale. Le racisme auto déclaré était également associé à de moins bons résultats en matière de santé mentale (Paradies, 2006).



LA SANTÉ MENTALE AU CANADA

De nombreuses recherches ont permis de cerner les défis sociaux et économiques qui affectent la santé mentale des enfants et des jeunes Noir.e.s. Les jeunes Noir.e.s ont accès aux soins de santé mentale par le biais du système de justice pénale et de la salle d'urgence à des taux beaucoup plus élevés que les autres populations. Cela suggère que les jeunes Noir.e.s ne reçoivent pas de soins à moins 1) d'interagir avec le système de justice ou 2) de montrer suffisamment de signes et de symptômes pour nécessiter une intervention intense (Anderson 2015 ; Anderson, Cheng, Susser, McKenzie et Kurdyak 2015). Les taux plus élevés d'accès au système de justice et à la salle d'urgence peuvent être dus à la fois au contrôle excessif des jeunes Noir.e.s et à un retard dans la recherche de soins jusqu'à ce que les symptômes ne puissent plus être gérés. Il y a aussi des preuves qui suggèrent qu'il est très difficile d'avoir accès aux soins de santé mentale pour les jeunes Noir.e.s au Canada via des traitements et qu'il y a une dépendance au système de justice pour obtenir des soins (Finlay et coll. 2019). Au-delà de cela, les Canadien.ne.s Noir.e.s peuvent retarder ou éviter de demander des soins en raison de leurs problèmes de santé mentale et de leur manque de confiance envers les professionnel.le.s de la santé mentale.

De nombreux activistes de la communauté Noire ont décrit les problèmes de santé mentale et de toxicomanie comme une « crise » (Taylor et Richards 2019). Compte tenu des défis auxquels sont confrontés les enfants et les jeunes Noir.e.s en matière de santé mentale, l'état du système de santé mentale est préoccupant. L'organisation actuelle des systèmes de santé mentale n'est ni conçue pour les jeunes ni accessible à eux (Macdonald et coll. 2018). De plus, les jeunes Noir.e.s au Canada doivent naviguer ce système insuffisant avec les défis supplémentaires de la discrimination et du racisme institutionnel (Arday, 2018). Il est nécessaire d'identifier les obstacles et les facilitateurs aux soins de santé mentale au Canada pour comprendre les besoins d'accès des enfants et des jeunes Noir.e.s au Canada et réduire les difficultés d'accès aux soins pour les enfants et les jeunes Noir.e.s.

Le but de cette étude de la portée est donc de combler les lacunes de la recherche existante sur la façon dont les enfants et les jeunes Noir.e.s ont accès au système de soins de santé mentale au Canada. Conformément à cet objectif, la principale question de recherche était :

Quels sont les obstacles et les facilitateurs à l'accès aux soins de santé mentale et de toxicomanie pour les jeunes Noir.e.s au Canada ?

QU'EST CE QU'UNE ÉTUDE DE PORTÉE?

Une étude de portée est une activité de recherche où vous essayez de « cartographier » ce que les autres chercheur.e.s disent sur un sujet (Pham et coll., 2014). Lorsque vous effectuez une étude de portée, vous essayez de fournir un aperçu du matériel et de donner un résumé de ce qui a été dit.



MÉTHODE

Pour notre étude de portée, nous avons suivi le protocole pour étude de portée décrit par Arksey et O'Malley (2005) et Levac, Colquhoun et O'Brien (2010). Pour cette étude, les auteures ont suivi les lignes directrices PRISMA relatives aux rapports pour les études de portée. Les suggestions fournies par le Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (2015) ont été ajoutées à notre méthode et à nos rapports. Il y a six étapes nécessaires pour une étude de portée:

- ▶ Identifier les questions de recherche
- ▶ Identifier les études pertinentes
- ▶ Sélection des études
- ▶ Cartographie des données
- ▶ Rassembler, résumer et rendre compte des résultats
- ▶ Consultation

IDENTIFIER LES ÉTUDES PERTINENTES

Les chercheuses se sont rencontrées tout au long du processus de recherche pour déterminer la meilleure ligne de conduite. Les sujets abordés comprenaient :

- 1) l'objet de l'étude de portée
- 2) les mots-clés
- 3) la population, le contexte et les résultats
- 4) les bases de données à consulter

1) OBJET



Identifier et cartographier l'état actuel des soins en santé mentale et en toxicomanie pour (la population des) enfants et jeunes Noir.e.s au Canada. To identify and map the current state of mental health and addictions care for Black children and youth (population) in Canada.

2) MOTS-CLÉS

Noir, Jeunes, famille*, Canada, santé mentale, toxicomanie et dépendance, meilleures pratiques et organismes communautaires



3) POPULATION, CONTEXTE ET RÉSULTATS



Population

Enfants et jeunes Noir.e.s (enfance-30 ans) vivant au Canada.



Contexte

Milieux où les enfants et les jeunes Noir.e.s ont accès à et sont offerts des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Résultats



Résultats

Obstacles et facilitateurs aux soins

4) BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

CINAHL, PsycINFO, PubMed, EBSCOhost, Social Science Citation Index (SSCI) et Applied Social Sciences Index & Abstracts (ASSIA)

IDENTIFIER ÉTUDES PERTINENTES II

Les articles inclus devaient être:

- 1) évalué par les pairs
- 2) axés sur le Canada
- 3) des études originales utilisant des données quantitatives
- 4) axés sur les jeunes noirs.e.s vivant au Canada et la santé mentale. plus précisément, les obstacles et facilitateurs à l'accès aux soins de santé mentale et les meilleures pratiques
- 5) rédigés en anglais
- 6) publiés entre 2005-2019

Une fois les organisations identifiées, les sites Web d'autres organisations avec lesquelles elles se sont associées ont également été explorés pour trouver de la littérature grise pertinente. Si les rapports n'étaient pas disponibles pour être téléchargés, nous les avons demandés par courriel. Une recherche Google a été lancée en utilisant une combinaison des termes clés « Noir », « jeunes », « santé mentale », « toxicomanie » et « Canada ». Dans le processus de recherche, le Canada a été remplacé par des provinces et des villes à travers le Canada pour rendre la recherche plus précise. Grey literature was found through a variety of ways. Colleagues familiar with the subject and stakeholders of the Pathways to Care project provided some sources.

SÉLECTION DES ÉTUDES

La recherche finale a été effectuée le 14 mai 2019. Le logiciel de gestionnaire de références Mendeley fut utilisé pour la gestion des citations et pour l'identification de plusieurs copies d'un même article. Les références ont ensuite été mises dans Covidence, un logiciel conçu pour gérer les études en vue d'une analyse plus approfondie.

LA LITTÉRATURE GRISE

La littérature grise a été trouvée de diverses manières. Des collègues qui connaissent bien le sujet et les intervenant.e.s du projet Pathways to Care ont fourni quelques sources. D'autres sources de littérature grise ont été trouvées via Google en recherchant les noms d'organisations de santé mentale renommées qui travaillaient avec les communautés Noires.

ORGANISATION DES DONNÉES

Les données ont été ajoutées à Microsoft Excel en utilisant les catégories suivantes : auteur.e.s/organisation, année de publication, titre, objectif, province/territoire, données démographiques de la population (âge), données démographiques de la population (race), taille de l'échantillon (s'il y a lieu), méthode et type de source (s'il y a lieu), obstacles, facilitateurs et lacunes dans la recherche.

ANALYSE

Les jeux de données que nous avons créés dans Microsoft Excel ont été téléchargés dans Nvivo 12 pour une analyse plus approfondie. Les thèmes ont été codés selon des méthodes standard d'analyse thématique (Braun et Clarke, 2009).

RÉSULTATS

Notre première recherche dans les bases de données a trouvé 1 700 articles. Après la première recherche, nous avons trié les doublons dans Mendeley. Après la présélection, 1 176 articles restaient pour être évalués pour en déterminer la pertinence. Les articles ont ensuite été téléchargés dans Covidence pour procéder à plus de dépistage. Les deux auteurs ont analysé les titres et les résumés des articles qui restaient pour s'assurer qu'ils répondaient aux critères d'inclusion. Sur les 1 176 articles étudiés, 1 101 ne répondaient pas aux critères d'inclusion, et 75 ont été laissés pour lecture en texte intégral. Encore une fois, les deux auteurs ont étudié les textes complets indépendamment. Dix-neuf (19) articles ont été retenus après l'analyse. En cas de désaccord, les deux auteurs étudiaient ensemble l'article et déterminaient s'il répondait aux critères d'inclusion.

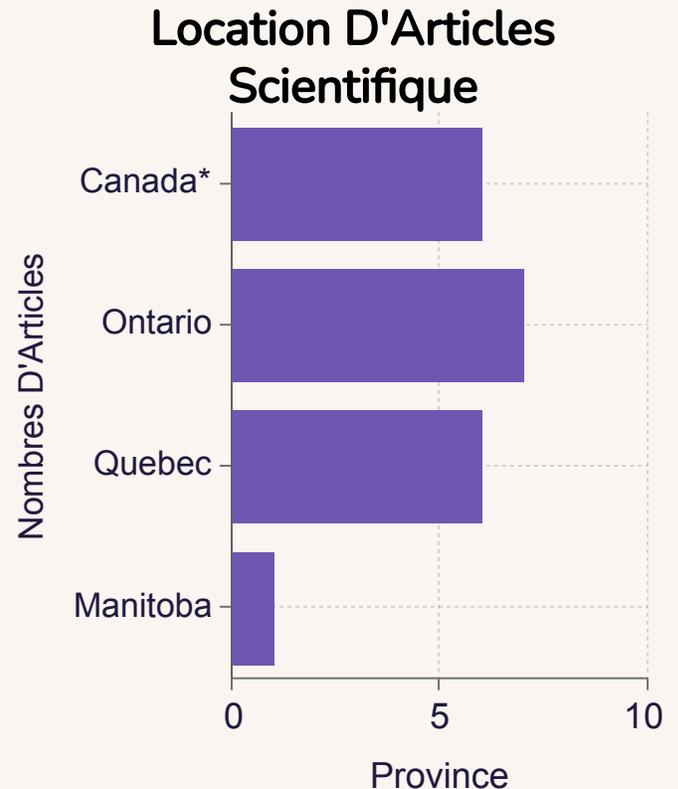
Trente (30) documents de la littérature grise ont été identifiés comme pouvant être pertinents pour l'étude de portée en fonction du titre et de la date de publication. Après une lecture de texte intégrale, 14 documents de la littérature grise répondaient aux critères d'inclusion. Les sources de la littérature grise ont été évaluées selon les mêmes critères que ceux utilisés pour la littérature évaluée par les pairs (sauf de s'assurer qu'elles ont été évaluées par des pairs). Au total, 33 articles et documents de littérature grise ont été inclus dans l'étude de portée (voir carte PRISMA-SCR).

SÉLECTION DE L'ÉTUDE - ARTICLES DE REVUES SCIENTIFIQUES

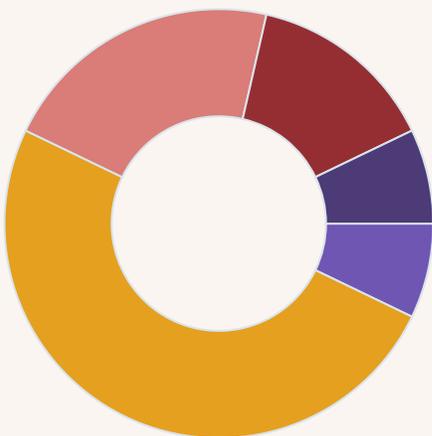


CARACTÉRISTIQUES DES SOURCES

Les articles de recherche inclus dans cette étude de portée étaient principalement situés en Ontario et au Québec. Plus précisément, 36,8 % ont été menées en Ontario (n = 7), 26,3 % (n = 5) au Canada, 31,6 % (n = 6) au Québec (dont 5 à Montréal) et 5,3 % (n = 1) au Manitoba. Pour la littérature grise, la plupart des études ont été faites dans quelques endroits restreints. 14,3 % (n = 2) de la documentation grise a été rédigée ou réalisée auprès d'une population vivant au Canada. 78,6 % (n = 11) se trouvaient en Ontario, dont six à Toronto et dans les zones avoisinantes, et 7,1 % (n = 1) au Québec, plus précisément à Montréal.



Methodologie pour Literatures Grisses



Quantitative	1	Qualitative	7
Méthodes Mixtes	3	Autres	2
Aucun	1		

Method

Les études évaluées par les pairs étaient principalement quantitatives (73,7 %, n = 14), tandis que 26,3% (n = 5) étaient de nature qualitative. La méthodologie des sources de la littérature grise était plus variée : 3 rapports (21,45%) utilisaient une approche à méthodes mixtes, 50 % (n = 7) utilisaient une approche qualitative, y compris des forums communautaires, des consultations de groupes d'expert.e.s, des séances de mobilisation, des tables rondes et des entrevues avec des informatrices et informateurs clé.e.s. Deux sources (14,3 %) se sont appuyées sur d'autres données pour formuler des recommandations, et une source (7,1 %) a utilisé une approche quantitative pour les enquêtes. La source finale était une présentation PowerPoint qui ne mentionnait pas de méthodologie

* Sources qui ont indiqué « Canada » comme lieu au lieu d'une ville ou d'une province

CARACTÉRISTIQUES DES SOURCES II

StLes participant.e.s aux études dans des sources de littérature grise appartenant à la catégorie générale « Africain, caribéen et Noir » ont été décrits comme « Noirs », « d'ascendance africaine » et comme appartenant à « des communautés racisées ». Les sources ont également décrit leurs échantillons par pays d'origine où la race devait être assumée par les auteur.e.s, tels que « ghanéen », « vincentais » et « soudanais » et « originaires des West Indies » (une alternative couramment utilisée pour les Caraïbes anglophones). Les termes courants pour décrire les populations dans les articles évalués par les pairs comprenaient « Africain », « Afro-Américain », « Caribéen », « Noir-Africain », « Noir-Caribéen », « Noir ». Parmi d'autres descriptifs on peut citer « Noir », tel que décrit dans le recensement canadien, « caribéen-canadien », « afro-caribéen », « immigrants et réfugiés originaires de l'Afrique », ainsi que « populations migrantes originaires de l'Afrique ». De nombreux articles évalués par des pairs comprenaient d'autres populations en plus des personnes « Noires ».

Neuf sources ont mentionné une théorie ou une approche. Le plus commun était un cadre anti-oppressif, qui a été utilisé par quatre sources (Black Health Alliance 2015 ; Lovell et Shahsiah 2006 ; McMurtry et Curling 2008 ; Seiler, Shamonda et Thompson 2011). Trois sources ont utilisé une approche antiraciste (Hasford, Amponsah et Hylton 2018 ; Black Health Alliance 2015 ; Lovell et Shahsiah 2006). Il y avait du chevauchement dans l'utilisation des théories antiracistes et anti-oppressives. C'est très probablement parce qu'ils sont étroitement liés et puisent souvent les uns des autres. Enfin, l'utilisation de théories socioculturelles, qui lient l'environnement à la maladie mentale, était également courante (Emerson, Minh et Guhn 2018 ; Tranulis, Corin et Kirmayer 2008 ; Whitley 2016).



OBSTACLES AUX SOINS

OBSTACLES SYSTÉMIQUES AUX SOINS

Bon nombre des obstacles aux soins étaient liés à des problèmes structurels au sein du système de santé mentale au Canada. Les obstacles comprenaient les temps d'attente pour accéder aux professionnel.le.s de la santé mentale, le faible accès aux praticien.ne.s (en particulier les praticien.ne.s Noir.e.s) et les obstacles géographiques et financiers aux soins. Enfin, les voies défavorables (ou négatives) vers le système de santé mentale ont été identifiées comme des obstacles.

Les temps d'attente dans le système de santé mentale pour les enfants et les jeunes Noir.e.s ont été notés comme un obstacle important. Anderson et coll. (2015) ont constaté que les populations Noires des Caraïbes attendaient en moyenne 16 mois pour recevoir des soins, soit plus du double de l'attente connue par les patient.e.s blanc.he.s, qui en attendaient sept. Les patient.e.s Noir.e.s ont également eu des délais dans les renvois entre trois et quatre mois (Anderson et coll. 2015). Une explication des temps d'attente est liée à un manque de financement pour les services psychologiques fondés sur des données probantes fournis par des psychologues et d'autres professionnels de la santé mentale (ACSM, 2018). D'autres raisons expliquent les temps d'attente : une pénurie de professionnel.le.s de la santé mentale, y compris les psychiatres, les psychologues, les infirmières et les travailleuses et travailleurs sociaux (McMurtry et Curling, 2008), ainsi qu'un système de soins mal défini (Lovell et Shahsiah, 2006). Un mauvais accès aux professionnel.le.s de la santé mentale a souvent entraîné un mauvais suivi et une santé mentale aggravée (ACSM, 2018). L'accès aux médecins de famille est souvent la première voie vers les services de santé mentale et de toxicomanie, et 80 % des Canadien.ne.s en dépendent pour leurs soins de santé mentale (ACSM, 2018). Pourtant, de nombreux jeunes Noir.e.s ont un accès difficile aux médecins de famille (Anderson, McKenzie et Kurdyak, 2017). Anderson et coll. (2015) ont identifié que seulement 35 % des participant.e.s Noir.e.s des Caraïbes et 51% des participant.e.s Noir.e.s d'Afrique avaient accès à un médecin de famille, contre 62 % des participant.e.s blanc.he.s.

OBSTACLES AUX SOINS



Le manque de praticien.ne. a entraîné des retards de trois à quatre mois



De nombreux services de santé mentale nécessitent un paiement de leur propre poche ou une assurance privée



La pénurie de professionnel.le.s en santé mentale et le manque de financement rendent difficile l'accès aux soins



Manque de services dans les communautés à faible revenu, malgré des taux plus élevés de maladie mentale

De plus, les médecins de famille jouent un rôle important dans les soins de santé mentale, mais elles ou ils peuvent être incapables de répondre adéquatement aux besoins en soins de santé mentale des jeunes Noir.e.s (ACSM, 2018). L'accès aux professionnel.le.s Noir.e.s de la santé mentale est souligné comme important (Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, 2018). Mais, il n'y a pas assez de professionnel.le.s Noir.e.s dans le secteur des soins de santé mentale pour répondre à la demande (Shahsiah et Ying Yee 2006).

Les défis liés aux finances ont souvent été mentionnés comme un obstacle aux soins (Whitley, 2016). Les services de santé mentale et de toxicomanie au Canada (à l'exception des services hospitaliers) exigent un paiement de leur poche ou une couverture d'assurance privée à partir d'un « bon emploi stable » (ACSM, 2018). Le besoin de paiements initiaux pour les soins peut décourager les Canadien.ne.s qui sont au chômage ou sous-employé.e.s et qui n'ont pas les moyens de les payer. Les médicaments constituent un obstacle si la ou le patient.e doit d'abord les payer avant d'être remboursé (ACSM, 2018). Les obstacles financiers aux soins peuvent ajouter aux défis liés à la race, car il existe de grandes différences dans l'accès aux professionnel.le.s de la santé mentale pour les enfants et les jeunes Noir.e.s. Les participant.e.s blanc.he.s étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des soins de santé mentale par l'intermédiaire d'un.e psychologue en raison de leur accès accru à une assurance privée (Archie et coll. 2010). Ces défis peuvent également avoir une incidence sur la façon dont les jeunes Noir.e.s gèrent leur maladie mentale, car le stress lié aux finances constituait également un obstacle au rétablissement (Whitley, 2016).

Les jeunes noirs sont sous-représentés dans les services volontaires axés sur le traitement. Ils sont également surreprésentés dans les services forcés tels que les prisons, les établissements correctionnels et les hôpitaux (Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario, 2016). Bien que l'accès aux soins dans les hôpitaux ait contribué à réduire les obstacles financiers aux soins, il est lié à une moindre utilisation au fil du temps et une insatisfaction avec les services de santé mentale. Dans cette étude, les résultats suggèrent que les jeunes n'étaient pas à l'aise d'accéder aux hôpitaux (McMurtry et Curling, 2008). Les hôpitaux étaient considérés comme nocifs pour la santé mentale (van der Ven, Bourque, Jooper, Selten et Malla, 2012) et incompatibles avec le rétablissement (Whitley, 2016). Le fait d'être hospitalisé était également associé à un manque de suivi. Lovell et Shahsiah (2006) ont noté que les patient.e.s regrettaient souvent d'avoir recours à des soins de santé mentale, en particulier lorsqu'ils étaient traités dans des soins psychiatriques et hospitaliers. Malheureusement, les jeunes Noir.e.s étaient susceptibles d'être commis contre leur volonté ou leur connaissance (van der Ven et coll. 2012) et d'obtenir d'abord un traitement dans les hôpitaux (Anderson et coll. 2017).

Les enfants et les jeunes Noir.e.s ont également accès aux soins par le biais du système de justice pénale (Alexander, 2018). Dans une étude d'Archie et coll. (2010), 23 % des jeunes Noir.e.s ont été référés à un traitement de santé mentale par la police. Souvent les jeunes Noir.e.s ne sont pas traité.e.s pour une maladie mentale en raison d'un manque d'accès (Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario, 2016) et du sous-financement des services qui répondent aux besoins culturels des jeunes Noir.e.s (ACSM, 2018). La stigmatisation au sein de la communauté est également un obstacle (Anucha et coll. 2017). Souvent, lorsque les besoins en santé mentale des jeunes Noir.e.s ne sont pas satisfaits par les services de santé mentale, le manque de soins mène à des contacts avec le système de justice pénale (McMurtry et Curling, 2008 ; Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, 2018). C'est très préoccupant que les jeunes Noir.e.s soient pris en charge par le biais du système de justice pénale parce qu'il est rarement apte à gérer la maladie mentale, ce qui entraîne encore d'autres démêlés avec le système de justice (Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, 2018).

OBSTACLES D'ACCÈS AUX SOINS LIÉS À LA RELATION PRESTATAIRE-PATIENT.E

Racisme et discrimination

Le racisme qui se produit dans toute la société contribue à la probabilité et à la gravité de la maladie mentale (Anderson et coll. 2015) et rend l'accès aux services de santé mentale plus difficile (Shahsiah et Ying Yee 2006). De plus, le racisme a eu un impact sur la façon dont nous apprenons, enseignons et pensons à la santé mentale (Alexander, 2018). Le racisme s'ajoute à la stigmatisation de la maladie mentale pour aggraver la discrimination subie par les jeunes Noir.e.s qui cherchent des soins auprès de prestataires de soins de santé mentale (Lovell et Shahsiah, 2006).

Le racisme est la croyance qu'une race de personnes est « meilleure » qu'une autre race de personnes en fonction de leurs traits physiques (Byrd et Clayton, 2001). Le racisme n'est pas seulement une façon de penser, mais est aussi le résultat d'actions spécifiques qui affectent et oppriment certains groupes de personnes en fonction de ces caractéristiques (Paradies, 2006).

Au niveau prestataire-patient.e, le racisme conduit à des stéréotypes et à la discrimination et peut être à la fois subtil et manifeste. Au Canada, le racisme ouvert a souvent des conséquences, de sorte que la plupart des prestataires qui commettent des actes racistes envers leurs client.e.s le font souvent d'une manière qui rend plus difficile à qualifier de « racisme ». Mais, peu importe comment le racisme se présente, l'impact sur les enfants et les jeunes Noir.e.s est le même, et souvent elles et ils sont très conscient.e.s de cette intention raciste « subtile ». Cela peut souvent ressembler à traiter les patient.e.s « sans égard à la couleur » ou à refuser de reconnaître les impacts très réels du racisme et de la discrimination sur la santé mentale.

METTRE EN PRATIQUE LES IDÉES ANTIRACISTES

La méfiance à l'égard du système de santé mentale a été mentionnée comme une cause de retrait de services de santé mentale (Hasford et coll. 2018). Parmi les jeunes immigrant.e.s et réfugié.e.s, seulement 3,8 % ont mentionné avoir cherché des soins de santé mentale, principalement parce qu'elles et ils ne faisaient pas confiance aux approches utilisées (Woodgate et Busolo 2018). Enfin, la stigmatisation culturelle (Hasford et coll. 2018), la stigmatisation marginalisante chez les professionnels de la santé (Ferrari et coll. 2015 ; Shahsiah et Ying Yee 2006) ont également été nommés comme obstacles aux soins.

De nombreux programmes de traitement se concentrent sur un point de vue européen (Shahsiah et Ying Yee 2006) et ne fournissent pas de soins adaptés à la culture (Archie et coll. 2010). Les programmes ne comprennent pas non plus les besoins complexes et les oppressions cumulatives auxquelles sont confronté.e.s les jeunes Noir.e.s (Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, 2018). Les soins eurocentristes peuvent renforcer les stéréotypes (Alexander 2018) et réduire davantage les client.e.s au silence (Shahsiah et Ying Yee 2006). Lorsque les soins eurocentristes et culturellement inadaptés sont centrés dans les méthodes de traitement, il en résulte des soins inefficaces qui ne répondent pas aux réalités des client.e.s Noir.e.s (Shahsiah et Ying Yee 2006).

En plus du racisme et de la discrimination qui ont un impact sur l'accès au système de santé mentale, les défis des praticien.ne.s liés à leurs institutions ont également été présentés comme un obstacle. Lorsque les praticien.ne.s voulaient fournir des soins adaptés à la culture, elles et ils étaient confronté.e.s à des limites liées à la pratique. De nombreux praticien.ne.s ont constaté qu'il existait un « écart conceptuel » (Shahsiah et Ying Yee 2006) entre l'identification de la nécessité d'utiliser la théorie antiraciste dans leur travail et son intégration dans le traitement. En outre, les prestataires de services ne disposaient pas des outils nécessaires pour fournir des services antiracistes (Shahsiah et Ying Yee, 2006). Il y avait également un besoin évident de redéfinir la santé mentale pour refléter une définition plus holistique (Shahsiah et Ying Yee 2006). Le racisme est un déterminant de la santé (Mikkonen et Raphael 2010), et de nombreuses organisations veulent mettre en œuvre des normes anti-oppressives ; cependant, les pratiques étaient souvent conceptuelles et pas toujours appliquées.

Obstacles aux Soins Liés à la Relation Prestataire- Patient.e



Racisme et Discrimination

Le racisme au sein de la société contribue à la maladie mentale et constitue un obstacle à l'accès à la santé mentale



Mettre en pratique la théorie antiraciste

Les programmes de traitement étaient eurocentriste et ne répondaient pas aux besoins complexes des jeunes Noir.e.s



Manque de soutien institutionnel

Les prestataires font souvent face à de la résistance lorsqu'elles ou ils tentent de mettre en œuvre des traitements innovants

METTRE EN PRATIQUE LES IDÉES ANTIRACISTES

Les jeunes Noir.e.s peuvent éviter ou retarder la demande de soins en raison de la stigmatisation culturelle (Hasford et coll. 2018 ; Whitley, Wang, Fleury, Liu et Caron 2017). La maladie mentale est simultanément stigmatisée (Whitley 2016) et invisibilisée (Anucha et coll. 2017) par la communauté Noire. En outre, chez les communautés Noires, la maladie mentale est souvent attribuée à des facteurs religieux (Tranulis et coll. 2008). La religiosité est utile dans le développement de façons personnelles de comprendre la maladie mentale (Whitley 2016). Cependant, des défis étaient manifestes lorsque les forces spirituelles ont été invoquées comme seule cause de maladie (Tranulis et coll. 2008), et lorsque l'intervention religieuse était considérée comme seul traitement (Ferrari et coll. 2015).

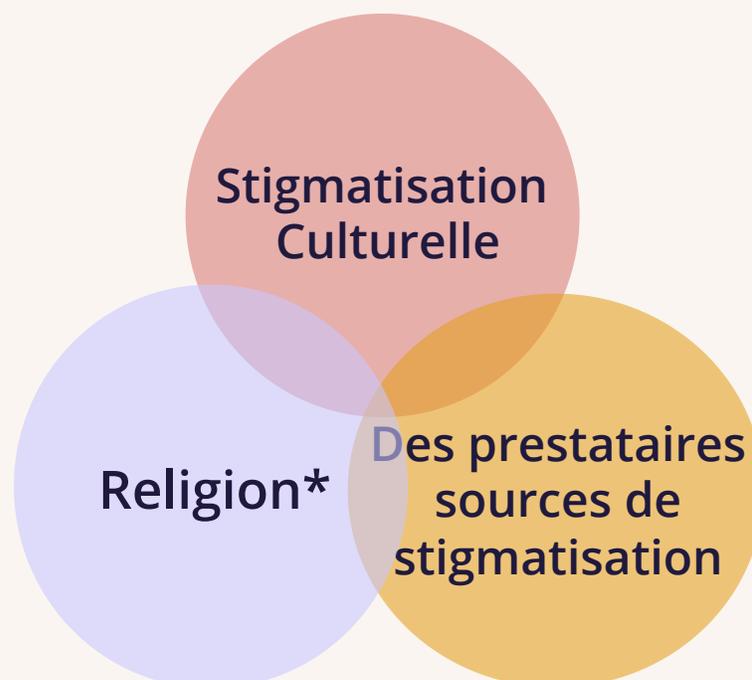
La stigmatisation s'ajoute à l'expérience de la discrimination raciale (Shahsiah et Ying Yee 2006), ce qui peut amener les jeunes Noir.e.s à ignorer les signes et les symptômes (Ferrari et coll. 2015). De plus, la stigmatisation entraînait souvent un manque de discussion, ce qui poussait les jeunes à chercher elles/eux-mêmes un traitement ou à retarder leur demande de soins, par peur de jugements négatifs de leur famille et de leur communauté (Anucha et coll. 2017 ; McMurtry et Curling 2008) et pour éviter d'être étiqueté comme « folle » ou « fou » ou « malade mental » (Lovell et Shahsiah 2006). Le cannabis était souvent utilisé comme mécanisme d'adaptation pour avoir un moyen d'automédication et masquer leur maladie auprès de la famille et des ami.e.s, (Ferrari et coll. 2015). La stigmatisation a également eu des répercussions sur le respect des lignes directrices en matière de traitement au fil du temps (ACSM, 2018 ; Whitley et coll. 2017). La stigmatisation de la part des prestataires de soins de santé mentale a été considérée comme étant particulièrement nocive (Ferrari et coll. 2018, Shahsiah et Ying Yee 2006) et a fait regretter aux patient.e.s d'avoir cherché un traitement (Ferrari et coll. 2015 ; Shahsiah et Ying Yee 2006).

OBSTACLES PERSONNELS ET COMMUNAUTAIRES

Les jeunes Noir.e.s peuvent éviter ou retarder la demande de soins en raison de la stigmatisation culturelle (Hasford et coll. 2018 ; Whitley, Wang, Fleury, Liu et Caron 2017). La maladie mentale est simultanément stigmatisée (Whitley 2016) et invisibilisée (Anucha et coll. 2017) par la communauté Noire. En outre, chez les communautés Noires, la maladie mentale est souvent attribuée à des facteurs religieux (Tranulis et coll. 2008). La religiosité est utile dans le développement de façons personnelles de comprendre la maladie mentale (Whitley 2016). Cependant, des défis étaient manifestes lorsque les forces spirituelles ont été invoquées comme seule cause de maladie (Tranulis et coll. 2008), et lorsque l'intervention religieuse était considérée comme seul traitement (Ferrari et coll. 2015).

La stigmatisation s'ajoute à l'expérience de la discrimination raciale (Shahsiah et Ying Yee 2006), ce qui peut amener les jeunes Noir.e.s à ignorer les signes et les symptômes (Ferrari et coll. 2015). De plus, la stigmatisation entraînait souvent un manque de discussion, ce qui poussait les jeunes à chercher elles/eux-mêmes un traitement ou à retarder leur demande de soins, par peur de jugements négatifs de leur famille et de leur communauté (Anucha et coll. 2017 ; McMurtry et Curling 2008) et pour éviter d'être étiqueté comme « folle » ou « fou » ou « malade mental » (Lovell et Shahsiah 2006). Le cannabis était souvent utilisé comme mécanisme d'adaptation pour avoir un moyen d'automédication et masquer leur maladie auprès de la famille et des ami.e.s, (Ferrari et coll. 2015). La stigmatisation a également eu des répercussions sur le respect des lignes directrices en matière de traitement au fil du temps (ACSM, 2018 ; Whitley et coll. 2017). La stigmatisation de la part des prestataires de soins de santé mentale a été considérée comme étant particulièrement nocive (Ferrari et coll. 2018, Shahsiah et Ying Yee 2006) et a fait regretter aux patient.e.s d'avoir cherché un traitement (Ferrari et coll. 2015 ; Shahsiah et Ying Yee 2006).

OBSTACLES PERSONNELS ET COMMUNAUTAIRES



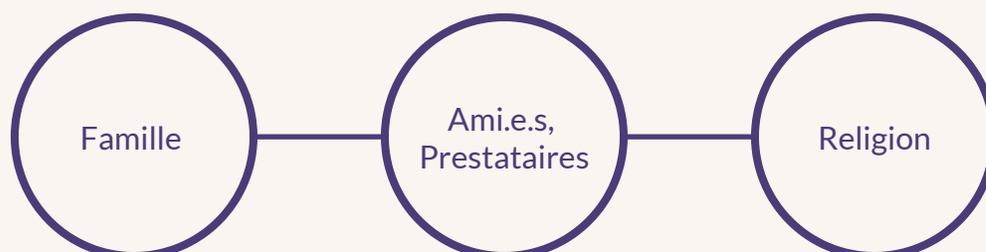
*La religion a également aidé les patient.e.s à décrire leurs pensées et leurs perceptions sur leur maladie mentale (Whitley, 2016)

FACILITATEURS AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE

La famille et les ami.e.s ont été nommé.e.s comme des facilitateurs de soins et comme des sources de soutien émotionnel (Shakya, Khanlou et Gonsalves, 2010). Au-delà de cela, le soutien des membres de la famille et des ami.e.s a eu un impact positif sur le rétablissement de la maladie mentale (Black Health Alliance 2016). Des études ont montré que les ami.e.s ou la famille ont initié respectivement entre 36 et 56 % des « demandes d'aide », (Archie et coll. 2010; Ferrari et coll. 2015). Cependant, cela reposait sur la reconnaissance des symptômes par la famille et la compréhension que les maladies mentales en étaient la cause (Archie et coll. 2010).

La participation de la famille a également un impact sur le maintien du traitement, en particulier pour les enfants plus jeunes. Pour les parents d'enfants âgés de 4 à 15 ans présentant des symptômes de maladie mentale externalisants, les croyances des parents dans la capacité des traitements à être efficaces et leur capacité à gérer le comportement de leur enfant ont eu une incidence sur l'engagement vis-à-vis les traitements et les taux d'abandon (Shanley et Reid 2015). Cependant, cela reposait sur une approche centrée sur la famille et des clinicien.ne.s travaillant à adapter les traitements et les stratégies pour inclure les perceptions des parents. En revanche, avec une population légèrement plus âgée, la participation de la famille peut amener les clinicien.ne.s à percevoir que les patients ont peut-être moins besoin de services. Cela peut conduire à un suivi moins affirmé et peut augmenter la probabilité de désengagement (Anderson, Führer, Schmitz et Malla 2013).

Comme nous l'avons déjà dit, de nombreux jeunes Noir.e.s ont des difficultés à accéder à des prestataires de soins de santé mentale. Cependant, les jeunes ont indiqué qu'il était important pour eux d'avoir une « connexion » avec les prestataires de services de santé mentale (Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, 2018). Les jeunes considéraient cette connexion comme une source de « soutien social » (Whitley, 2016). Enfin, la religion et les institutions religieuses ont été mentionnées comme des facilitateurs des soins de santé mentale (Whitley 2016), et les jeunes ont identifié les espaces religieux comme étant confortables pour demander du soutien (Shakya et coll. 2010). La compétence religieuse dans le traitement peut également aider la ou le patient.e à se rétablir (Whitley 2016).



DISCUSSION

Compte tenu de l'importance de relever les défis en matière de santé mentale chez les jeunes (Lipman et Boyle, 2008) et des appels lancés par des organismes communautaires à agir sur la santé mentale chez les populations Noires Canadiennes (Black Health Alliance, 2016 ; Taylor et Richards, 2019), il est nécessaire de comprendre les obstacles et les facilitateurs aux soins de santé mentale. Les conclusions de cette étude répondent à ces appels en recueillant et en résumant l'éventail des connaissances actuelles relatives à l'accès des jeunes Noir.e.s et aux soins de santé mentale au Canada. L'engagement envers la communauté est un élément moteur de cette étude de portée (Chambers et coll. 2018). Ainsi, les sources ont été tirées à la fois d'articles scientifiques et de travaux effectués par des organismes communautaires. Les conclusions de cette étude contribuent à la recherche actuelle sur ce sujet.

Les obstacles étaient variés et se produisaient à plusieurs niveaux de la société. Les obstacles systémiques comprenaient : les temps d'attente, le faible accès aux praticien.ne.s en psychiatrie et les obstacles géographiques et financiers aux soins. Souvent, lorsque les jeunes Noir.e.s ont eu accès au système, c'était parce qu'elles ou ils étaient impliqué.e.s dans le système de justice ou parce qu'ils ou elles présentaient suffisamment de symptômes pour nécessiter une intervention extérieure.

Dans les lieux de traitement, il était également difficile de recevoir des soins adéquats répondant aux besoins des jeunes Noir.e.s. Le racisme et la discrimination de la part des praticien.ne.s ont eu un impact sur l'expérience d'obtenir des soins pour les enfants et les jeunes Noir.e.s. Cela a été renforcé par les soins qui ne répondaient pas aux besoins culturels des jeunes Noir.e.s. Les prestataires de soins de santé mentale elles et eux-mêmes ont été confronté.e.s à des limites dans la réflexion et la mise en œuvre de théories et de normes antiracistes dans leur travail. Les obstacles interpersonnels comprenaient la stigmatisation et la méfiance à l'égard du système de santé mentale. La stigmatisation intériorisée et la stigmatisation perçue de la communauté rendaient moins probable que les jeunes Noir.e.s aillent chercher des soins de santé mentale. Au-delà de cela, la stigmatisation a souvent amené les jeunes Noir.e.s à cacher leur maladie mentale. Les jeunes Noir.e.s qui souffrent de maladie mentale ont été davantage affecté.e.s si elles ou ils étaient stigmatisé.e.s par leurs prestataires de soins de santé. Cette expérience peut amener les jeunes Noir.e.s à regretter d'avoir cherché du traitement.



RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE FUTURE

Toutes sources confondues, il semble y avoir une pénurie de recherche qui explore les expériences de la maladie mentale et les obstacles aux soins pour les jeunes Noir.e.s. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes Noir.e.s qui cumulent des identités opprimées (Emerson et coll. 2018). Il est nécessaire de poursuivre la recherche évaluée par des pairs sur les obstacles aux soins pour les jeunes Noir.e.s souffrant d'anxiété, de dépression et celles et ceux qui éprouvent des problèmes de dépendance. Davantage de recherches sur les interventions qui fonctionnent le mieux chez les jeunes Noir.e.s et sur l'utilité d'adapter les interventions actuelles fondées sur des données probantes contribueraient grandement à améliorer l'accès aux soins.

La recherche devrait remettre en question l'impact du racisme sur la santé mentale, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif (Anderson et coll. 2017). Les perspectives des jeunes sur l'efficacité du traitement, les soins adaptés à la culture et l'orientation eurocentriste des traitements doivent être prises en compte (Black Health Alliance 2015 ; F. A. C. E. S. of Peel Collaborative 2015). Idéalement, cette recherche devrait utiliser une approche de recherche participative communautaire et impliquer les jeunes tout au long du processus de recherche.

Les organismes communautaires et les prestataires de soins tireraient profit de recherches qui explorent et évaluent différentes approches de traitement. Ces recherches devraient tenir compte de l'expérience du racisme et des obstacles à l'accès. Elles devraient également être évaluées pour leur faisabilité sur la durée (ACSM, 2018). L'impact du racisme et de la culture sur le diagnostic de la maladie mentale est préoccupant. Il faut une évaluation plus approfondie des protocoles de diagnostic et de traitement pour les jeunes Noir.e.s. De même, il est nécessaire de passer en revue les pratiques actuelles de diagnostic et d'orientation des organisations qui veulent desservir les jeunes Noir.e.s. Les stratégies visant à éviter les voies d'accès négatives aux soins et les temps d'attente devraient également être revues. Ces évaluations bénéficieraient d'une analyse de l'impact de la collecte de données fondées sur la race sur la pratique organisationnelle (Adeponle, Thombs, Groleau, Jarvis et Kirmayer 2012 ; Anderson et coll. 2013 ; van der Ven et coll. 2012).

Les communautés noires demandent depuis un certain temps la collecte de données fondées sur la race (Black Health Alliance 2015). Bien que cette étude n'ait pas porté sur la recherche liée aux taux de maladie mentale chez les enfants et les jeunes Noir.e.s, le fait qu'aucune recherche actuelle ne porte sur la prévalence de la maladie mentale est préoccupant. Au-delà de cela, le manque de recherche sur les maladies mentales qui affectent le plus les enfants et les jeunes Noir.e.s est une lacune flagrante dans la recherche actuelle.

LES RÉPERCUSSIONS

Les articles et la littérature grise inclus dans cette étude de portée ont des répercussions sur les soins de santé mentale au Canada. Premièrement, il faut déployer des efforts considérables dans le système de santé mentale pour s'assurer que les jeunes Noir.e.s ne passent pas entre les mailles d'un système mal conçu (Lovell et Shahsiah, 2006). Il faut davantage de financement pour le système canadien de soins de santé mentale, particulièrement en ce qui a trait au régime à payeur unique du Canada. Historiquement, deux aspects des soins de santé n'ont pas été financés au Canada : les médicaments sur ordonnance et les soins de santé mentale. Récemment, le gouvernement Libéral a annoncé le financement d'un programme national d'assurance médicaments (Ballingall 2019). Les conclusions de cet article suggèrent fortement qu'une mesure similaire devrait être prise pour les soins de santé mentale.

En notant qu'un système de santé mentale universel aiderait à réduire les disparités, il est nécessaire de prendre en compte les effets des soins forcés et de l'hospitalisation. L'hospitalisation était liée à une diminution de l'utilisation et de l'insatisfaction à l'égard des services de santé mentale (Whitley, 2016). De même, une coordination doit avoir lieu pour empêcher les jeunes Noir.e.s atteints de maladie mentale d'interagir avec le système de justice en raison de cette maladie, bien que cela nécessitera un changement transformationnel à la fois dans les systèmes de santé mentale et de justice (Corrigan et Boyle 2003 ; Finlay et coll. 2019).

Un système de soins de santé universel qui serait élargi pour inclure la santé mentale éliminerait bon nombre des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé mentale (Archie et coll. 2010). Mais, il peut être insuffisant pour remédier à toutes les disparités d'accès. Comme en témoignent les inégalités raciales existantes en matière d'accès aux soins au Canada (Nestel, 2012), les soins de santé universels ne réduiront pas à eux seuls les inégalités s'ils ne tiennent pas compte des effets du racisme sur les soins de santé mentale. Les conclusions de cette étude montrent clairement que les enfants et les jeunes Noir.e.s ont besoin de soins de santé mentale adaptés à la culture et qui affirment la réalité du racisme et d'autres formes d'oppression (Archie et coll. 2010 ; ACSM 2018 ; Hasford et coll. 2018 ; le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et de la jeunesse 2018). Des normes de soins afrocentriques doivent être mises en œuvre et les praticien.ne.s doivent être conscient.e.s des besoins uniques des enfants et des jeunes Noir.e.s pour combler le fossé qui existe actuellement entre les idées et les actions (Shahsiah et Ying Yee 2008).

Le financement devrait être réservé pour aider les institutions de santé mentale et les chercheur.e.s à innover de nouveaux traitements de santé mentale et à adapter les pratiques existantes fondées sur des données probantes pour qu'elles soient adaptées à la culture. Il est également nécessaire d'accroître la diversité parmi les personnes en haute direction dans les organisations de santé mentale. Une plus grande diversité peut mener à plus de flexibilité et d'innovation dans les soins de santé mentale.

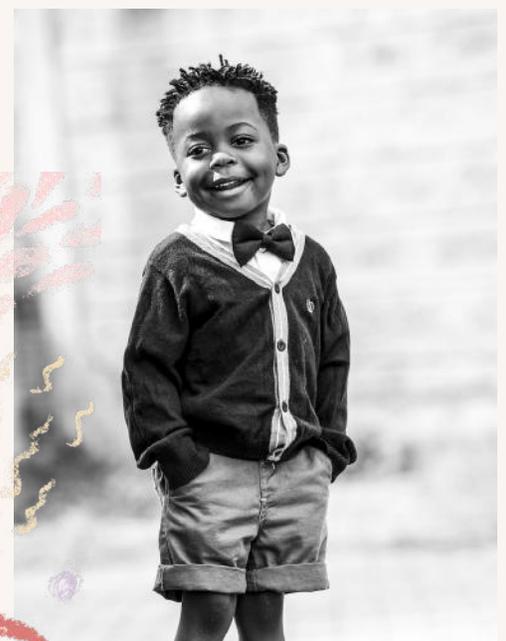
CONCLUSION

On ignore encore beaucoup de choses sur les obstacles et les facilitateurs à l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes Noir.e.s. Donc, le but de cette étude était de combler les lacunes dans la recherche sur ce sujet.

Les sources axées sur les jeunes Noir.e.s au Canada ont été analysés. L'analyse a fourni 33 sources. De nombreux obstacles aux soins ont été identifiés, y compris les obstacles au niveau des systèmes et les voies négatives vers les soins, y compris les interactions avec le système de justice et les hôpitaux. Certaines éléments spécifiques aux soins reçus auprès des prestataires, tels le racisme et la discrimination, ont causé plus de défis pour les enfants et les jeunes Noir.e.s.

Le racisme et la discrimination de la part des prestataires et les défis organisationnels liés à la mise au point de façons novatrices de rendre des soins ont rendu plus difficile la prise en charge de la santé mentale chez les jeunes Noir.e.s. Enfin, les obstacles personnels et communautaires liés à la stigmatisation culturelle entravent également l'accès aux soins. Bien qu'il y ait moins d'éléments facilitateurs, la famille et la communauté et une connexion avec les prestataires de soins de santé mentale contribuaient tous à faciliter l'accès. Les déductions de ces résultats soulignent que malgré un système de soins de santé universel, de nombreux défis demeurent pour les enfants et les jeunes Noir.e.s accédant aux soins de santé mentale. Les résultats suggèrent que l'organisation actuelle du système de santé au Canada nuit aux jeunes. Bon nombre de ces défis mettent en lumière la façon dont les praticien.ne.s et les organisations peuvent s'améliorer et soulignent l'importance de s'adapter aux besoins des enfants et des jeunes Noir.e.s.

Une recherche axée sur les jeunes Noir.e.s et ancrée dans des approches de recherche participative communautaires est nécessaire. Au-delà de cela, d'autres recherches devraient explorer les facilitateurs, les besoins de développement et les identités croisées dans le contexte de la maladie mentale. En recueillant, analysant et interprétant la recherche existante, cette étude de portée répond à un appel de la communauté Noire au Canada, et il sert de point de départ pour d'autres recherches dans ce domaine.



RÉFÉRENCES

- Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E., & Kirmayer, L. J.** (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services, 63*(2), 147–153.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100280>
- Adjei, P. B., & Minka, E.** (2018). Black parents ask for a second look: Parenting under 'White' child protection rules in Canada. *Children and Youth Services Review, 94*, 511–524. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.08.030>
- Alexander, D.** (2018). Clinical practice framework for working with clients of African descent.
- Anderson, K.** (2015). Pathways to first-episode care for psychosis in African-, Caribbean-, and European-origin groups in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry, 60*(5), 223–231. <https://doi.org/10.1177/070674371506000504>
- Anderson, K. K., Cheng, J., Susser, E., McKenzie, K. J., & Kurdyak, P.** (2015). Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ, 187*(9), 279–286. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141420>
- Anderson, K. K., Fuhrer, R., Schmitz, N., & Malla, A. K.** (2013). Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(1), 125–136. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0571-0>
- Anderson, K. K., McKenzie, K. J., & Kurdyak, P.** (2017). Examining the impact of migrant status on ethnic differences in mental health service use preceding a first diagnosis of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 52*(8), 949–961. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1403-z>
- Anucha, U., Srikanthan, S., Siad-Togane, R., & Galabuzi, G.E.** (2017). Doing right together for black youth: What we learned from the community engagement sessions for the Ontario Black youth action plan. Toronto, ON: Youth Research and Evaluation eXchange (YouthREX).
- Archie, S., Akhtar-Danesh, N., Norman, R., Malla, A., Roy, P., & Zipursky, R. B.** (2010). Ethnic diversity and pathways to care for a first episode of psychosis in Ontario. *Schizophrenia Bulletin, 36*(4), 688–701. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn137>
- Arday, J.** (2018). Understanding mental health: What are the issues for black and ethnic minority students at University? *Social Sciences, 7*(10). <https://doi.org/10.3390/socsci7100196>
- Arksey, H., & O'Malley, L.** (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Ballingall, A.** (2019, September 23). Justin Trudeau slams Doug Ford as he lays out 'down payment' for pharmacare and better health services. *Toronto Star*. Retrieved from <https://www.thestar.com/politics/federal/2019/09/23/justin-trudeau-slams-doug-ford-as-he-lays-out-down-payment-for-pharmacare-and-better-health-services.html>
- Black Health Alliance** (2015). *A sound mind: Mental health in the Black community*. Toronto, ON: Black Health Alliance.
- Black Health Alliance** (2016). *A sound mind II: Mental health and youth*. Toronto, ON: Black Health Alliance.
- Braun, V., & Clarke, V.** (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Byrd, W. M., & Clayton, L. A.** (2001). Race, medicine, and health care in the United States: a historical survey. *Journal of the National Medical Association, 93*(3), 11S–34S. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12653395> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2593958>
- Canadian Mental Health Association.** (2018). Bringing mental health into balance: A mental health parity act. Retrieved August 26, 2019, from www.cmha.ca
- Chiu, M.** (2017). Ethnic Differences in Mental Health and Race-Based Data Collection. *Healthcare quarterly, 20*
<https://doi.org/10.12927/hcq.2017.25296>

- Chambers, L. A., Wilson, M. G., Rueda, S., Gogolishvili, D., Shi, M. Q., Rourke, S. B., & the Positive Aging Review Team (2014).** Evidence informing the intersection of HIV, aging and health: A scoping review. *AIDS and Behavior*, 18(4), 661–675. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0627-5>
- Corrigan, P. W., & Boyle, M. G. (2003).** What works for mental health system change: Evolution or revolution? *Administration and Policy in Mental Health*, 30(5), 379–395. <https://doi.org/10.1023/A:1024619913592>
- Cummings, J. R., & Druss, B. G. (2011).** Racial/ethnic differences in mental health service use among adolescents with major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(2), 160–170. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.11.004>
- Emerson, S. D., Minh, A., & Guhn, M. (2018).** Ethnic density of regions and psychiatric disorders among ethnic minority individuals. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(2), 130–144. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/0020764017747909>
- F.A.C.E.S. of Peel Collaborative. (2015).** The Black Community in Peel. Peel Region: Region of Peel and United Way
- Fante-Coleman, T., Wilson, C. L., Marcotte, A. A., McKie, R., Travers, R., & Furman, E. (2019).** Influences of sexual behaviors and vulnerability to HIV/AIDS among heterosexual ACB youth living in Windsor, Ontario. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(11–12), 3515–3536. <https://doi.org/10.1177/0265407519826350>
- Ferrari, M., Flora, N., Anderson, K. K., Haughton, A., Tuck, A., Archie, S., Kidd, S., McKenzie, K. & ACE Project Team (2018).** Gender differences in pathways to care for early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 355–361. <https://doi.org/10.1111/eip.12324>
- Ferrari, M., Flora, N., Anderson, K. K., Tuck, A., Archie, S., Kidd, S., & McKenzie, K. (2015).** The African, Caribbean And European (ACE) pathways to care study: A qualitative exploration of similarities and differences between African-origin, Caribbean-origin and European-origin groups in pathways to care for psychosis. *BMJ Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006562>
- Finlay, J., Scully, B., M, K., Farrel, T., Dicks, P., & Salerno, J. (2019).** Cross-Over Youth Project: Navigating Quicksand. Toronto, ON: Ryerson University.
- Grant, K. (2017, July 12).** Canada ranks third-last in study of health care in 11 rich countries - The Globe and Mail. The Globe and Mail.
- Hasford, J., Amponsah, P., & Hylton, T. (2018).** 2.4 Anti-racist praxis with street-involved African Canadian youth in Kidd S., Slesnick N., Frederick T., Karabanow J., Gaetz S. (Eds.) *Mental health & addiction interventions for youth experiencing homelessness*. (pp. 125-137). Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness Press. Retrieved from <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/Ch2-4-MentalHealthBook.pdf>
- Jackson-Best, F., Edwards, N. (2018)** Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health* 18, 919 (<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5861-3>)
- Khenti, A. A. (2013).** Homicide among young black men in Toronto: An unrecognized public health crisis? *Canadian Journal of Public Health*, 104(1), e12-4. <https://doi.org/10.1007/bf03405647>
- Lalonde, R. N., Jones, J. M., & Stroink, M. L. (2008).** Racial identity, racial attitudes, and race socialization among Black Canadian parents. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40(3), 129–139. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0008-400X.40.3.129>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010).** Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 5- 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5>
- Lipman, E. L., & Boyle, M. H. (2008).** Linking poverty and mental health: A lifespan view. Hamilton, ON: The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO.
- Lovell, A., & Shahsiah, S. (2006).** *Mental Well-being and Substance Use Among Youth of Colour*. Toronto, ON: Across Boundaries.
- MacDonald, K., Fainman-Adelman, N., Anderson, K. K., & Iyer, S. N. (2018).** Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1578-y>

- Malla, A., Shah, J., Iyer, S., Boksa, P., Joober, R., Andersson, ... Fuhrer, R.** (2018). Youth Mental Health Should Be a Top Priority for Health Care in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(4), 216–222. <https://doi.org/10.1177/0706743718758968>
- Maraj, A., Anderson, K. K., Flora, N., Ferrari, M., Archie, S., McKenzie, K. J., ... Tuck, A.** (2017). Symptom profiles and explanatory models of first-episode psychosis in African-, Caribbean- and European-origin groups in Ontario. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(2), 165–170. <https://doi.org/10.1111/eip.12272>
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., & Marchildon, G. P.** (2018). Canada's universal health-care system: Achieving its potential. *The Lancet*, (391) 1718–1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
- Maticka-Tyndale, E., Kerr, J., & Mihan, R.** (2016). A profile of the sexual experiences of African, Caribbean and Black Canadian youth in the context of Canadian youth sexuality. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(1), 41–52. <https://doi.org/10.3138/cjhs.251-A1>
- McMurtry, R., & Curling, A.** (2008). *The Review of the Roots of Youth Violence: Findings, Analysis and Conclusion*. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, ... Olfson, M.** (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: Results of the national comorbidity survey Adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32–45. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.006>
- Mikkonen J. & Raphael, D.** (2010) *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Retrieved June 15, 2017, from https://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
- Nestel, S.** (2012). *Colour Coded Health Care*. Wellesley Institute. Toronto, ON. Retrieved from <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-Sheryl-Nestel.pdf>
- Office of the Provincial Advocate for Children & Youth. (2018). *HairStory: Rooted*. Retrieved from <http://weekly.cnbnews.com/news/article.html?no=124000>
- Ontario Ministry of Children and Youth Services.** (2016). *Because Young People Matter: Report of the Residential Services Review Panel*. Retrieved from <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/childrensaidd/residential-services-review-panel-report-feb2016.pdf>
- Pahwa, P., Karunanayake, C. P., McCrosky, J., & Thorpe, L.** (2012). Longitudinal trends in mental health among ethnic groups in Canada. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 32(3), 164–176. Retrieved from <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/index.php>
- Paradies, Y. C.** (2006). Defining, conceptualizing and characterizing racism in health research. *Critical Public Health*, 16(2), 143–157. <https://doi.org/10.1080/09581590600828881>
- Rodney, P. & Copeland E.** (2009). The health status of Black Canadians: do aggregated racial and ethnic variables hide health disparities? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3), 817–823. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0179>
- Seiler, G., Shamonda, F., & Thompson, K.** (2011). *Race, risk, and resilience: Implications for community based practices in the Black community of Montreal*. Montreal, QC: DESTA Black Youth Network. Retrieved August 21, 2019, from <http://www.destabyn.org/wordpress/wp-content/uploads/Race-Risk-and-Resiliency-Research-complete.pdf>
- Shahsiah, S. & Ying Yee, J.** (2006). *Striving for best practices and equitable mental health care access for racialised communities in Toronto*. Toronto, ON: Access Alliance Multicultural Community Health Centre and Across Boundaries.
- Shakya, Y. B., Khanlou, N., & Gonsalves, T.** (2010). *Determinants of mental health for newcomer youth: Policy and service implications*. Toronto, ON: Access Alliance. Retrieved August 22, 2019, from https://accessalliance.ca/wp-content/uploads/2018/06/Determinants_of_Mental_Health_for_Newcomer_YouthCdn_Issues.pdf

- Shanley, D. C., & Reid, G. J.** (2015). The impact of parents' illness representations on treatment acceptability for child mental health problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 23*(2), 115–127. <https://doi.org/10.1177/1063426614532832>
- Statistics Canada.** (2016). Census Profile, 2016. Ottawa. Retrieved November 22, 2019, from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=E&Geo1=PR&Code1=01&Geo2=PR&Code2=01&Data=Count&SearchText=canada&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>
- Taylor, D., & Richards, D.** (2019). Triple jeopardy: Complexities of racism, sexism, and ageism on the experiences of mental health stigma among young Canadian Black Women of Caribbean descent. *Frontiers in Sociology, 4*(43). <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00043>
- Tranulis, C., Corin, E., & Kirmayer, L. J.** (2008). Insight and psychosis: Comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *International Journal of Social Psychiatry, 54*(3), 225–241. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/0020764008088860>
- van der Ven, E., Bourque, F., Joobor, R., Selten, J. P., & Malla, A. K.** (2012). Comparing the clinical presentation of first-episode psychosis across different migrant and ethnic minority groups in Montreal, Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*(5), 300–308. <https://doi.org/10.1177/070674371205700505>
- Whitley, R.** (2012). Religious competence as cultural competence. *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 245–260. <https://doi.org/10.1177/1363461512439088>
- Whitley, R.** (2016). Ethno-racial variation in recovery from severe mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(6), 340–347. <https://doi.org/10.1177/0706743716643740>
- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M.-J. J., Liu, A., & Caron, J.** (2017). Mental health status, health care utilisation, and service satisfaction among immigrants in Montreal: An epidemiological comparison. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*(8), 570–579. <https://doi.org/10.1177/0706743716677724>
- Williams, D. R., González, H. M., Neighbors, H., Nesse, R., Abelson, J. M., Sweetman, J., & Jackson, J. S.** (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: Results from the National Survey of American Life. *Archives of General Psychiatry, 64*(3), 305–315. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.3.305>
- Woodgate, R. L., & Busolo, D. S.** (2018). Above chaos, quest, and restitution: narrative experiences of African immigrant youth's settlement in Canada. *BMC Public Health, 18*(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5239-6>



CARTE de PRISMA-ScR

