

# POPULATIONS RACISÉES

## INÉGAUX FACE À LA PANDÉMIE : POPULATIONS RACISÉES ET LA COVID-19

La pandémie de la COVID-19 ne touche pas tous les groupes sociaux également, elle peut accroître des discriminations déjà présentes dans les communautés<sup>1</sup>. Des études menées ailleurs, notamment à Toronto, révèlent que certains groupes sont surreprésentés parmi les cas de COVID, plus particulièrement les personnes provenant de milieux défavorisés, ainsi que les communautés racisées et les groupes issus de la diversité ethnoculturelle<sup>2,3</sup>. Au Québec toutefois, il n'est pas possible, à ce jour, d'établir la prévalence exacte de la COVID-19 selon le groupe ethnoculturel, puisque ces informations ne sont pas colligées lors des enquêtes de cas individuelles. Par contre, des analyses de type écologique<sup>a</sup> telles que celles présentées ici permettent de jeter un premier éclairage sur la distribution des cas de COVID-19 selon l'appartenance à des groupes racisés ou issus de minorités visibles à Montréal. Des données de sondage permettent aussi d'explorer certains effets socioéconomiques de la pandémie chez ces groupes. Cette série d'analyses vise à poser les premiers jalons d'une réponse de santé publique adaptée et ciblée à Montréal.

<sup>a</sup> L'analyse écologique consiste à mettre en relation entre elles, des données caractérisant un collectif territorial – par opposition à des données caractérisant des individus.

Pour plus de détails sur la terminologie employée consulter la page 2.

### Davantage de cas de COVID-19 dans les secteurs de l'île où la proportion de minorités visibles est plus élevée

Cas de COVID (excluant les milieux de vie fermés) selon la proportion  
de minorités visibles des voisinages, RSS de Montréal, 15 juin 2020

Proportion : minorité visible <sup>b</sup>	Taux d'infection pour 100 000 personnes
Moins de 17,4 %	713
17,4 % à 24,7 %	693
24,8 % à 37,4 %	946
37,5 % à 46,8 %	1 128
46,9 % et plus	1 145
<b>Total<sup>c</sup></b>	<b>951</b>



Un gradient croissant a été observé entre la proportion de minorités visibles des voisinages et le taux de cas de COVID-19 pour 100 000 habitants. En effet, plus la proportion est élevée, plus le taux de cas pour 100 000 habitants augmente.

<sup>b</sup> Catégories (quintiles) basées sur la proportion de minorités visibles des voisinages en 2016.

<sup>c</sup> Le total inclut tous les cas (à l'exception des cas en milieu de vie fermé), incluant ceux dont le code postal ne peut être attribué à un code postal de résidence.

Source : Recensement 2016, Fichier V10 (registre des cas COVID)

## Un écart particulièrement marqué entre les secteurs où la proportion de Montréalais noirs est plus élevée et ceux où elle est plus faible

Diverses études ont révélé que la population noire figure parmi les groupes les plus touchés par la COVID-19<sup>3</sup>. À Montréal les analyses écologiques pointent dans la même direction : en excluant les milieux de vie fermés, le taux de cas de COVID-19 est de 555 pour 100 000 habitants dans les voisinages où la proportion de population noire est plus faible (moins de 3,6 %), alors qu'elle atteint **1 509 cas pour 100 000 dans les voisinages où elle est plus élevée** (14,0 % et plus)\*.

### Terminologie et définitions

La terminologie employée dans le présent feuillet reflète les termes employés dans les sources de données à l'origine des informations présentées. Notons qu'aucune de ces définitions ne prend en compte le statut migratoire.

**Minorité visible** : selon la Loi sur l'équité en matière d'emploi, « font partie des minorités visibles les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de « race » blanche ou qui n'ont pas la peau blanche (caucasien) ». Il est préférable de n'utiliser l'expression minorité visible que pour les statistiques où cette catégorie est utilisée, par exemple pour les données produites par Statistique Canada. Les groupes étant considérés comme « minorités visibles » par Statistique Canada sont : Sud-Asiatiques, Chinois, Noirs, Philippines, Latino-Américains, Arabes, Asiatiques du Sud-Est, Asiatiques occidentaux, Coréens, Japonais.

**Population noire** : ce terme désigne les personnes qui se sont autodéclarées comme étant noires à la question sur le groupe de population dans le cadre du recensement 2016 de Statistique Canada. Depuis 1996, « Noir » fait partie des groupes de population énumérés dans le questionnaire du recensement.

**Personne racisée (ou racialisée)** : personne qui appartient, de manière réelle ou supposée, à un des groupes ayant subi un processus de racisation. La racisation est un processus politique, social et mental d'altérisation. Notons que, les « races » et les groupes dits « raciaux » ou « ethniques » sont souvent un amalgame : on les invoquera ou les supposera en parlant par exemple de musulman-e (religion), de Noir-e (couleur de peau), d'Arabe (langue) ou d'Asiatique (continent). Le mot « racisé » met l'accent sur le fait que la race n'est ni objective, ni biologique mais qu'elle est une idée socialement construite qui sert à représenter, catégoriser et exclure l'« Autre »<sup>a</sup>.

**Population caucasienne** : ce terme désigne les personnes qui se sont autodéclarées comme étant caucasiennes (blanches) à la question sur le groupe de population dans le cadre du sondage MaVilleÉcoute, mené au printemps 2020.

<sup>a</sup> Définition adaptée de la Ligue des droits et des libertés : <https://liguedesdroits.ca/lexique/personne-racisee-ou-racialisee/>

## Comment expliquer de telles disparités?

De nombreuses raisons ont été mises de l'avant et des recherches sont en cours pour expliquer la plus grande vulnérabilité des personnes provenant de divers groupes désignés comme minorités visibles à la COVID-19. Un ensemble de facteurs semble être en cause. Une exposition accrue au virus à travers le travail, des conditions de vie plus défavorables (ex.: logements plus densément peuplés dans des quartiers excentrés, longs trajets en transport en commun), mais aussi des enjeux structurels et sociétaux comme le racisme et la discrimination qui entraînent des iniquités d'accès aux services (éducation, santé, justice)<sup>4,5,6</sup>, en particulier pour la communauté noire<sup>7</sup>. Les analyses écologiques exploratoires sur des données montréalaises accentuent l'importance de se pencher sur ces facteurs dans la métropole.

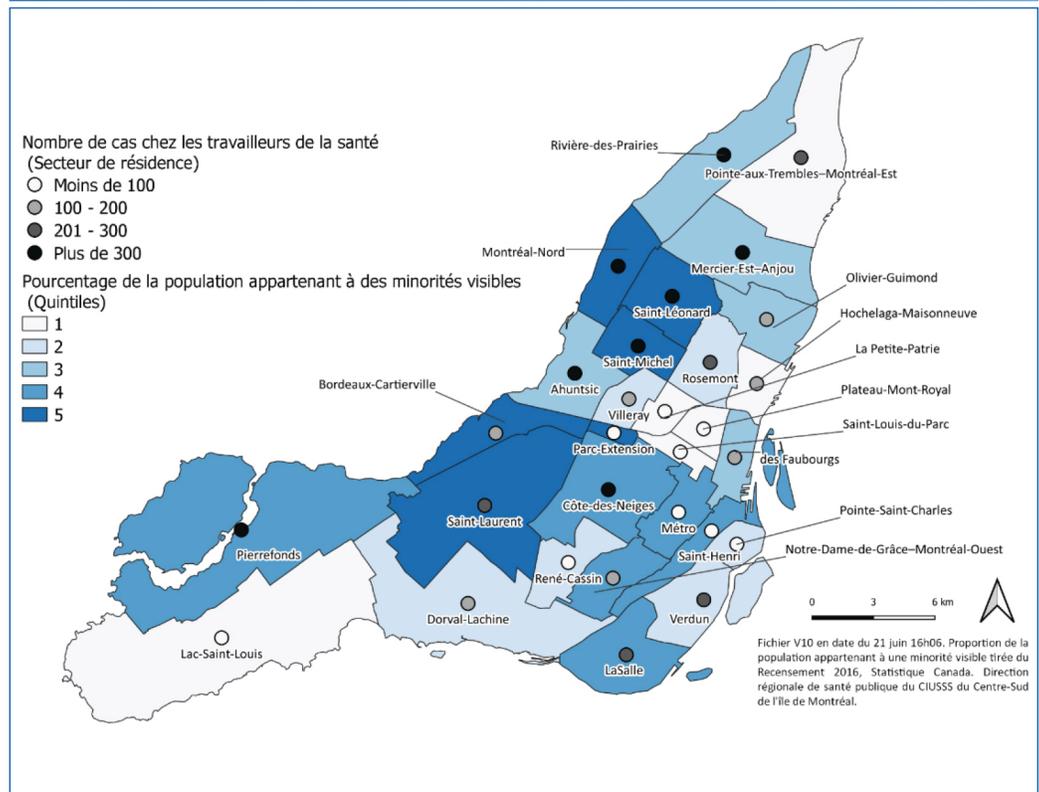
\* Source : Recensement 2016, Fichier V10 (registre des cas COVID)

## Les travailleurs de la santé davantage exposés

Au Canada, depuis le début de la pandémie, les personnes issues de groupes de minorités visibles et plus particulièrement les femmes racisées ont été nombreuses à prodiguer des soins aux personnes atteintes de la COVID-19. Elles sont en effet nettement surreprésentées dans les professions d'aides-infirmiers, d'aides-soignants et de préposés aux bénéficiaires<sup>8</sup>. De nombreux travailleurs de ces professions ont contracté le virus, ce qui représente un risque accru pour les membres de leurs familles et de leurs communautés<sup>8</sup>.

La carte montre la distribution géographique des travailleurs de la santé infectés par la COVID-19 en fonction de la proportion de personnes issues de groupes de minorités visibles sur les territoires de CLSC de l'île de Montréal. On constate que plusieurs territoires où le nombre de cas de COVID est plus élevé sont des secteurs où résident davantage de personnes provenant de groupes de minorités visibles. Il faut toutefois faire preuve de grande prudence dans l'interprétation de ces données qui ne montrent pas une incidence et qui illustrent uniquement une corrélation entre différents facteurs sans qu'on puisse en inférer de liens de causalité. Davantage d'études sont requises pour approfondir cette question.

**Population appartenant aux minorités visibles et nombre de cas de COVID-19 chez les travailleurs de la santé**  
Territoires de CLSC



## Des conditions de vie plus défavorables

Au Canada, les personnes de minorités visibles représentent une plus forte proportion de la population dans les quartiers à faible revenu en comparaison aux autres quartiers<sup>9</sup>. Dans ces quartiers, l'accès à des espaces pour faire des activités extérieures permettant de maintenir une distanciation physique sécuritaire est souvent plus restreint. Davantage d'individus demeurent dans des immeubles densément peuplés où le risque de transmission du virus est plus grand. Les résidents de ces quartiers sont aussi moins nombreux à pouvoir travailler à partir de leur résidence et sont à l'opposé plus susceptibles d'occuper des emplois où ils risquent d'être exposés au virus. On y retrouve en effet une forte proportion de travailleurs précaires et considérés essentiels dans d'autres domaines que la santé. Enfin, les conditions de vie défavorables augmentent à long terme la susceptibilité à développer des maladies chroniques qui amoindrissent l'immunité et la résistance au virus.

## Des enjeux structurels et sociétaux

Les écarts observés dans les taux de cas de COVID selon la proportion de minorités visibles des voisinages ne semblent toutefois pas pouvoir être entièrement expliqués par les conditions matérielles plus défavorables des territoires. En effet, à titre exploratoire, un modèle statistique\* a permis de vérifier si le taux de cas de COVID variait en fonction du pourcentage de minorités visibles sur le territoire, lorsque l'on contrôlait pour la scolarité, le revenu et l'âge sur le territoire. Ce modèle a prédit un écart significatif de 296 cas par 100 000 habitants entre les territoires comptant le plus de minorités visibles et ceux en comptant le moins. Bien que ces résultats doivent être interprétés avec prudence\*\*, ils suggèrent néanmoins l'importance de se pencher sur le rôle de facteurs reliés non seulement aux conditions de vie matérielles pour expliquer la plus grande vulnérabilité des personnes de minorités visibles, mais aussi de considérer les enjeux structurels et sociétaux auxquels elles font face, tels que la discrimination et la stigmatisation, qui limitent l'accès aux ressources dont elles ont besoin pour atteindre une meilleure santé (éducation, emploi, logement, santé, justice)<sup>4,5,6,10</sup>.

\* Analyse de régression binomiale négative avec taux de signification à  $p < 0.05$ .

\*\* Ces résultats sont à interpréter avec prudence. Les variables en jeu (minorités visibles, scolarité, revenu) présentent des corrélations substantielles. Il est difficile de départager la part d'explication de chacune d'entre elles. De plus, les analyses sont réalisées sur des données agrégées. Les associations observées au niveau des territoires ne se vérifient pas obligatoirement entre les individus.

## Les personnes racisées plus susceptibles de subir les effets négatifs de la pandémie sur le plan socioéconomique

Outre son impact sur la santé, la pandémie et les mesures de confinement ont aussi eu d'importants effets collatéraux d'ordre social et économique. Les personnes désignées non caucasiennes sont proportionnellement plus nombreuses que les personnes caucasiennes à avoir subi ces impacts négatifs (voir l'encadré en page 2 pour la terminologie employée).



**28 %** des Montréalais non caucasiens rapportent avoir subi des pertes financières majeures (contre 18 % chez les caucasiens)



**14 %** des Montréalais non caucasiens disent que la pandémie a eu un impact sur le paiement de leur loyer (contre 5 % chez les caucasiens)



**49 %** des Montréalais non caucasiens avancent que la pandémie a engendré une perte d'emploi au sein de leur foyer (contre 31 % chez les caucasiens)

### Note méthodologique

Les données présentées dans cette section sont issues de « **MaVilleÉcoute** », une série de sondages en ligne réalisée par la firme Advanis-Jolicoeur **entre les mois d'avril et mai 2020**. L'échantillon montréalais (plus de 2000 répondants) est constitué à partir d'un tirage aléatoire de numéros de téléphone mobile. Les résultats doivent donc être interprétés en considérant que la participation des répondants présente des limites relatives à la représentativité de l'échantillon. À noter que les Premières Nations, Métis et Inuits sont exclus des analyses en raison du nombre de répondants trop faible.

### Mieux documenter pour mieux intervenir

À l'instar de ce qui est observé ailleurs, les données montréalaises disponibles suggèrent que les personnes issues de populations racisées, particulièrement les populations noires, sont plus durement touchées par la COVID-19 et ses effets collatéraux. À l'heure actuelle, les données disponibles ne permettent cependant pas de cerner le ou les mécanismes qui produisent un tel phénomène puisqu'elles ne sont pas disponibles à l'échelle individuelle.

Il s'avère ainsi plus difficile d'intervenir de manière ciblée sur les facteurs à la source des disparités observées. De plus, cette absence de données peut contribuer à l'invisibilisation d'enjeux structurels et sociétaux spécifiques à certains groupes tels que les processus de stigmatisation, de discrimination et d'iniquité d'accès aux opportunités éducatives, professionnelles, financières ou citoyennes.

### Implications et pistes d'action

Ces analyses mettent en lumière l'importance de prendre en compte les inégalités différenciées selon le groupe racisé en ce qui a trait au risque de contracter la COVID ainsi qu'à l'expérience des effets collatéraux de la pandémie. Elles suggèrent en outre que la prise en compte des origines ethnoculturelles et des parcours de vie associés peuvent contribuer de manière significative à la compréhension de certains enjeux liés à la pandémie et à une meilleure réponse de santé publique<sup>11</sup>.

La crise sanitaire met en relief certaines des inégalités qui existent de longue date : le fait d'être en situation de précarité financière, d'occuper un emploi dans un secteur à haut risque d'exposition à la COVID, d'avoir un statut migratoire précaire ou d'être une personne sans statut, de ne pas avoir d'assurance médicale, d'être allophone, d'avoir un faible niveau de littératie, et/ou d'être l'objet de racisme<sup>12,13</sup>. Il importe donc de redoubler d'efforts pour développer et renforcer les filets de protection sociale avec des services publics de qualité surtout pour les plus vulnérables<sup>14</sup>.

Ces nouvelles données permettront de raffiner et de renforcer les interventions de prévention et protection spécifiquement adaptées pour ces populations et qui sont déjà en cours, par exemple, des outils adaptés et traduits en plusieurs langues diffusés largement dans le sens recommandé<sup>15</sup>, notamment sur [santemontreal.qc.ca/coronavirus-multilingue](https://santemontreal.qc.ca/coronavirus-multilingue); un dialogue établi avec les leaders religieux; un soutien concret à la capacité d'appliquer les consignes d'isolement en fonction des barrières spécifiques; un accès aux interprètes.

Enfin, il apparaît important de créer un espace de dialogue où toutes les parties prenantes (chercheurs, tables de travail, organismes communautaires, société civile et milieu institutionnel) peuvent aborder les enjeux sous-jacents aux écarts mis en lumière et réfléchir à une intervention appropriée à l'intérieur d'un cadre éthique.

## Références

- <sup>1</sup> Baillargeon, S. (2020). Le virus est implacable avec les plus vulnérables de la société. *Le Devoir*. [En ligne], consulté le 4 août 2020, à : <https://www.ledevoir.com/societe/577984/aux-confins-des-inegalites>.
- <sup>2</sup> City of Toronto. Covid-19 : Status of Cases in Toronto. Ethno-racial Groups, Income, & COVID-19 Infection. [En ligne], consulté le 4 août 2020, à : <https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-latest-city-of-toronto-news/covid-19-status-of-cases-in-toronto/>.
- <sup>3</sup> Kim, S. J., et Bostwick, W. (2020). Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Health Education & Behavior*, consulté à : <https://doi.org/10.1177/1090198120929677>.
- <sup>4</sup> OMS (2011). Le document de travail pour la conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé intitulé « combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants », consulté à : [https://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-FR.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf?ua=1).
- <sup>5</sup> Geronimus, A. T., Hicken, M., Keene, D., Bound, J. (2006). "Weathering" and age patterns of allostatic load scores among blacks and whites in the United States. *Am J Public Health*, 96: 826-3.
- <sup>6</sup> Bailey, Z. D., Krieger, N., Agenor, M., Graves, J., Linos, N., Bassett, M.T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*, 389(10077) : 1453-1463. doi:10.1016/S0140-6736(17)30569-X, 10.1016/S0140-6736(17)30569-X.
- <sup>7</sup> Miconi, D., Li, Z., Frounfelker, R., Santavicca, T., Cénat, J.M., Venkatesh, V., Rousseau, C. (2020). Ethno-cultural disparities in mental health during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study on the impact of exposure to the virus and COVID-related discrimination and stigma on mental health across ethno-cultural groups in Quebec (Canada). Article soumis.
- <sup>8</sup> Turcotte, M. et Savage, K. (2020). La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires. *STAT CAN et la COVID-19*.
- <sup>9</sup> Statistique Canada. Les résidents des quartiers à faible revenu. Enquête nationale auprès des ménages (ENM), 2011.
- <sup>10</sup> Tam, T. (2019). Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 : Lutte contre la stigmatisation – vers un système de santé plus inclusif. Ottawa (ON) : Agence de santé publique du Canada. Téléchargé le 18 août 2020 à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-fre.pdf>
- <sup>11</sup> Frounfelker, R., Santavicca, T., Li, Z., Miconi, D., Rousseau, C. (2020). COVID-19 perceived risk, stigma, discrimination, and health behavior. Article soumis.
- <sup>12</sup> Wallis, C. (2020). Why Racism, Not Race, Is a Risk Factor for Dying of COVID-19. *Scientific American*. Téléchargé le 21 juin 2020 à : <https://www.scientificamerican.com/article/why-racism-not-race-is-a-risk-factor-for-dying-of-covid-19/>.
- <sup>13</sup> Cleveland, J., Hanley, J., Jaimes, A., Wolofsky, T. (2020). Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises. Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables. 7 juillet 2020. Institut universitaire Sherpa.
- <sup>14</sup> Carde, E. (2020). COVID-19 Analyses. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté. 26 avril 2020.
- <sup>15</sup> Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (2020). Les différences culturelles en contexte de pandémie : des vecteurs d'inégalités sociales ? Revue de la littérature rapide rédigée par Salima Massoui, Noémie Trosseille, Caroline Clavel, Mélanie M. Gagnon et Gneninfo Lazar Coulibaly. Québec, Qc : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, juillet 2020. 16 p.

Pour des conseils afin de prendre soin de sa santé émotionnelle, visitez la page [santemontreal.qc.ca/coronavirus-soutien](https://santemontreal.qc.ca/coronavirus-soutien)

**Rédaction** : Alix Adrien, Marie-Pierre Markon et Vicky Springmann

**Avec la collaboration de** : Danielle Kouhio Depri, Lavanya Narasiah, Valérie Lemieux, Suzanne De Blois, Jill Hanley, Janet Cleveland, Cécile Rousseau, Bochra Manai, Brigitte Simard, Félix Lamothe et Marlène Ginard

**Analyse et traitement des données** : James Massie, Maude Couture, Michel Fournier, Marie-Pierre Markon et Vicky Springmann

Direction régionale de santé publique de Montréal