

Iniquités raciales et détresse morale :  
supplément du document *Détresse  
morale chez les travailleurs de la santé  
durant la pandémie de COVID-19*

## **Guide sur les préjudices moraux**



---

# Table des matières

---

Principaux messages	3
Introduction	4
Les conséquences morales de l'identité raciale et culturelle	5
La COVID-19, le racisme systémique et la détresse psychologique	7
Les risques de détresse et de blessure morales chez les personnes racisées qui œuvrent dans le domaine de la santé	11
La gestion des risques de blessure morale et le soutien aux travailleurs de la santé racisés	14
Faites-nous part de vos commentaires et de vos expériences	15
Références	16

# Principaux messages

- Les communautés racisées ont été touchées de façon disproportionnée par la pandémie de COVID-19. Notre document *Détresse morale chez les travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 : guide sur les blessures morales*, publié récemment, n'abordait pas cet angle important.
- S'ajoutant à la discrimination systémique présente dans notre société et notre système de santé, la pandémie de COVID-19 a créé et perpétué de nouveaux facteurs de stress qui pèsent sur les épaules des travailleurs de la santé racisés. Pour aborder ce problème, nous avons créé *Iniquités raciales et détresse morale, un supplément du document Détresse morale chez les travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 : guide sur les blessures morales*.
- Les expériences vécues de racisme et de discrimination peuvent s'ajouter au stress moral lié au travail dans le domaine de la santé. Ainsi, la probabilité que les travailleurs de la santé racisés souffrent de détresse et de blessures morales est susceptible d'augmenter, au moment même où la pandémie converge avec des événements qui mettent en relief des injustices raciales persistantes.
- Bien que certains travailleurs de la santé puissent ressentir de la fierté, de la gratitude et un sentiment d'accomplissement en aidant leurs concitoyens durant la pandémie, d'autres peuvent ressentir un poids supplémentaire qui menace leur santé mentale et leur bien-être.
- Le Centre d'excellence sur le TSPT et les états de santé mentale connexes est à la recherche de partenaires communautaires pour collaborer au choix et à l'élaboration des prochaines étapes pour protéger les travailleurs de la santé racisés et non racisés contre les potentielles répercussions psychologiques à long terme de la détresse et des blessures morales, pendant et après la pandémie de COVID-19.

# Introduction

*Le présent document est un supplément du document **Détresse morale chez les travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 : guide sur les préjudices moraux**. Il vise à sensibiliser les travailleurs essentiels et les gestionnaires du milieu de la santé aux iniquités en matière de santé et aux facteurs de stress qui touchent de façon disproportionnée les personnes racisées au Canada et qui peuvent avoir une influence particulière sur leur expérience de la pandémie.*

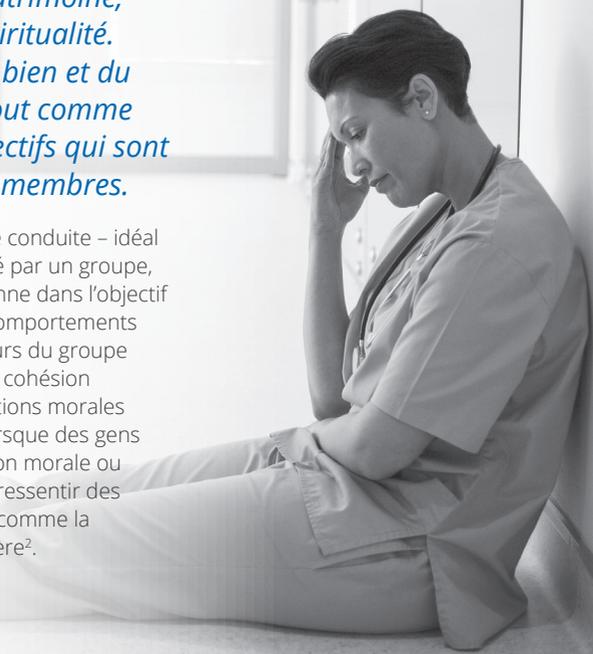
Alors que le *Guide sur les préjudices moraux* était surtout axé sur la présence accrue de stressseurs moraux inhérents à la prestation de soins en temps de pandémie, il n'abordait pas la manière dont les identités diverses des travailleurs de la santé pouvaient influencer ou aggraver cette détresse. Grâce à ce supplément, nous souhaitons reconnaître l'incidence des disparités raciales sur la santé mentale et dans le secteur de la santé, et amorcer un dialogue à ce sujet. Pour concevoir ce supplément, nous avons fait la synthèse d'articles universitaires et de publications parallèles et nous nous sommes appuyés sur les témoignages de travailleurs de la santé racisés. Le Centre d'excellence sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les états de santé mentale connexes s'engage à placer l'équité et l'inclusion au cœur de son travail. C'est pourquoi nous sollicitons les commentaires du public et cherchons des moyens d'encourager et d'amplifier les témoignages de personnes qui vivent ou ont vécu de telles expériences afin d'approfondir ce dialogue nécessaire.

Ce supplément porte sur la manière dont la race et la culture s'entrecroisent avec la moralité et constituent des axes identitaires influençant l'expérience de la détresse et des blessures morales. Il aborde aussi la façon dont le racisme, en tant que déterminant de la santé, a des répercussions sur l'état de santé durant la pandémie. De plus, ce document suggère que les disparités et les iniquités en matière de santé peuvent entraîner ou exacerber la détresse morale des travailleurs de la santé racisés en temps de pandémie. Il fournit aussi une réflexion préliminaire sur la façon dont les chercheurs pourraient mieux aborder l'association entre le racisme et la détresse morale et tenter d'y remédier.

# Les conséquences morales de l'identité raciale et culturelle

*La race et la culture jouent un rôle important dans l'établissement de valeurs et de normes morales, tant sur le plan social que personnel. En effet, les groupes sociaux diffèrent énormément en ce qui concerne l'importance qu'ils accordent au patrimoine, à la religion et à la spiritualité. Leurs conceptions du bien et du mal diffèrent aussi, tout comme les activités et les objectifs qui sont encouragés par leurs membres.*

La morale désigne le code de conduite – idéal ou accepté – établi et valorisé par un groupe, une institution ou une personne dans l'objectif de guider sa conduite<sup>1</sup>. Les comportements qui sont conformes aux valeurs du groupe favoriseront généralement la cohésion sociale, l'inclusion et les émotions morales positives comme la fierté. Lorsque des gens commettent une transgression morale ou en sont témoins, ils peuvent ressentir des émotions morales négatives comme la culpabilité, la honte ou la colère<sup>2</sup>.



Sur le plan sociétal, la morale a historiquement été instrumentalisée contre des personnes ou des groupes vivant en marge des sociétés occidentales. Les personnes et les groupes marginalisés ont été – et sont toujours – injustement présentés comme des êtres immoraux ou moralement inférieurs. Par exemple, les sociétés occidentales perpétuent le mythe selon lequel les gens pauvres, les consommateurs de drogues et les personnes ayant des antécédents criminels sont dans de telles situations parce qu'ils refusent de mener une vie morale<sup>3</sup>.

Le discours dominant qui place les personnes racisées et les marqueurs culturels de la différence en position d'immoralité a donné lieu à « un asservissement perpétuel et à du harcèlement de la part des représentants du gouvernement » et de la police<sup>4</sup>, et a servi à justifier l'oppression et l'assimilation<sup>5</sup>. Les personnes ou les groupes racisés perçus comme une menace aux normes et aux pratiques établies sont constamment surveillés, contrôlés et tenus « au garde-à-vous » par les politiques, les institutions et les structures qui, directement et indirectement, perpétuent ces normes et en préservent les frontières symboliques<sup>6</sup>. La catégorisation des personnes selon qu'elles se situent d'un côté ou de l'autre de la frontière est liée à la question de la race et du racisme, puisque la hiérarchisation raciale influence la façon dont on choisit les personnes et les groupes qui incarnent les valeurs culturelles valorisées. Par conséquent, les valeurs qui fondent

l'identité et l'appartenance communautaire des personnes marginalisées sont souvent dévalorisées et brimées.

Les normes et les pratiques de la culture dominante définissent aussi le cadre dans lequel ses systèmes seront établis, gérés et préservés, puisque l'administration de ces systèmes est habituellement supervisée par des gens appartenant à la culture dominante. Cela se fait souvent au détriment des personnes et des groupes racisés<sup>7</sup>. On nomme « racisme systémique » cette prolifération de la discrimination et des manifestations de racisme dans toutes les grandes institutions sociales<sup>8</sup>.

Au Canada, le racisme systémique a eu des conséquences dévastatrices pour les personnes racisées sur le plan social, culturel et économique ainsi que sur celui de la santé. Ces personnes doivent régulièrement affronter des barrières et des iniquités dans plusieurs aspects de leur vie, comme l'accès à une éducation et à un emploi valorisant, à un logement adéquat et à des services en santé mentale. Elles ont plus fréquemment des problèmes de toxicomanie et des démêlés avec la justice<sup>9</sup>. Les conséquences déshumanisantes et diabolisantes du racisme peuvent exercer une influence sur les expériences morales d'une personne, comme celles liées à son identité et à sa communauté, et causer de la détresse psychologique, notamment de la détresse et des blessures morales.<sup>i</sup>

---

<sup>i</sup> La recherche sur les préjugés moraux dans le domaine de la santé en est encore à ses balbutiements, tout comme l'étude des effets de la race comme facteur médiateur dans l'expérience de la détresse et des blessures morales. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour déterminer si – et de quelle façon – la race influence la compréhension de la détresse et des blessures morales ainsi que la manière dont les travailleurs de la santé racisés pourraient être particulièrement affectés par des expériences éprouvantes sur le plan moral.

# La COVID-19, le racisme systémique et la détresse psychologique

*La pandémie de COVID-19 a levé le voile sur les effets du racisme systémique et de la discrimination raciale sur la santé physique et mentale des personnes racisées.*

Au début de la pandémie, nous avons tous rapidement compris que tout le monde courait le risque de contracter le virus. Même si le virus ne fait officiellement « aucune distinction »<sup>10</sup>, il a été révélé que les structures, les attitudes et les politiques discriminatoires ont placé les personnes et les communautés racisées en position d'infériorité dans la lutte à la pandémie<sup>11</sup>. Surtout, des disparités et iniquités chroniques en matière de santé ont fait en sorte que les personnes racisées courent plus de risque d'être exposées à la COVID-19 et de la contracter, ce qui a de lourdes conséquences sur leurs communautés.<sup>ii</sup>

Au Canada, les taux d'infection coïncident avec la race : en effet, davantage de personnes racisées vivent dans des quartiers ayant des taux élevés de COVID-19<sup>12</sup>. Aux États-Unis, les communautés noires et latinx, particulièrement, ont des taux plus élevés d'infection et de mortalité<sup>13</sup>; tout comme les Noirs, les Asiatiques et les communautés minoritaires au Royaume-Uni<sup>14</sup>.

---

<sup>ii</sup> Avant que les autorités de santé publique n'acceptent de récolter et de publier des données basées sur la race, on utilisait des cartes des quartiers de Toronto et de Montréal faisant la comparaison entre le revenu annuel du ménage et le taux d'infection à la COVID-19 pour montrer la corrélation entre les deux. Des données publiées en juillet 2020 ont révélé qu'à Toronto, les personnes noires comptaient pour 21 % des cas de COVID-19 signalés, alors qu'elles ne représentent que 9 % de la population, et que 51 % des cas signalés dans la ville touchaient des personnes considérées comme étant à faible revenu, alors que seulement 30 % de la population fait partie de cette catégorie. Cliquez [ici](#) pour voir l'ensemble de données de la ville de Toronto.



Les personnes racisées sont plus vulnérables par rapport au virus en raison des iniquités systémiques, historiques et persistantes qui créent des conditions de vie augmentant l'exposition au virus et la probabilité de développer des maladies chroniques, comme le diabète et l'hypertension, lesquelles contribuent au risque de complications liées à la COVID-19.<sup>iii</sup> Au Canada, les Noirs, les Autochtones et les nouveaux arrivants sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, d'habiter dans des quartiers densément peuplés et d'être dans des situations qui rendent la pratique de l'éloignement physique difficile, voire impossible.<sup>iv</sup> Les personnes racisées occupent aussi en plus grand nombre des emplois considérés comme des « services essentiels », qui leur imposent d'être aux premières lignes de la lutte contre la pandémie : dans des entrepôts et pour des services de livraison ou de messagerie, dans des établissements de soins de longue durée et dans les épiceries<sup>15</sup>. Ces emplois offrent rarement la possibilité de faire du télétravail, sont généralement peu payés et ne sont pas toujours accompagnés d'une assurance maladie.<sup>v</sup>

---

<sup>iii</sup> Comme Bhala et al. (2020) le soulignent, les groupes ethniques et racisés sont hétérogènes et ont des profils de risques variés, influencés par des désavantages sociaux et économiques qui pourraient influencer sur leur pronostic par rapport à la COVID-19. Les personnes noires, autochtones et latino vivent aussi en plus grand nombre dans des déserts alimentaires, dans des environnements où ils sont exposés à la pollution, et dans des zones dotées d'infrastructures négligées, ce qui peut alimenter ou exacerber les symptômes de maladies chroniques, et rendre les gens immunodéficients. Voir : Bhala, Neeraj, Curry, Gwenetta, Martineau, Adrian R., Agyemang, Charles, et Bhopal, Raj (2020). « Sharpening the Global Focus on Ethnicity and Race in the Time of COVID-19 ». *The Lancet*, vol 395, n° 10238, p. 1673-1676.; Lei, Fang, Karakiulakis, George, et Roth, Michael (s.d.). « Are Patients with Hypertension and Diabetes Mellitus at Increased Risk for COVID-19 Infection? ». *The Lancet Respiratory Medicine* vol. 4, n° 4, e21.

<sup>iv</sup> Cela comprend les personnes incarcérées, qui s'identifient en plus grande proportion comme noires ou autochtones. Malgré l'importance des éclosions de COVID-19 observées dans les prisons canadiennes et américaines, l'accès aux tests de dépistage, aux produits nettoyants et à l'EPI est inadéquat. Dans les centres de détention de l'Ontario et du Québec, les migrants détenus et les personnes incarcérées ont été placés en « quarantaine » dans des cellules d'isolement, ce qui a mené à des grèves de la faim et à des soulèvements. Voir : Henriques, Brittany (2020). « Coronavirus : Four Men Continue Hunger Strike at Immigration Monitoring Centre in Laval », *Global News*, 28 mars 2020. <https://globalnews.ca/news/6746367/coronavirus-immigrants-hunger-strike-laval/>; Hasham, Alyshah (2020). « Inmate hunger strike at Ontario jail ends after five days », *TheStar.com*, 22 juin 2020. <https://www.thestar.com/news/gta/2020/06/22/inmate-hunger-strike-at-ontario-jail-ends-after-five-days.html>.

<sup>v</sup> Ces emplois sont également féminisés : ils sont généralement occupés par des femmes, et ils sont dévalorisés et sous-évalués précisément parce qu'ils sont occupés par des femmes.

La pandémie a aussi « mis au grand jour les fractures sociales et politiques au sein des communautés. En effet, les mesures qui ont été prises sur le coup de la peur ont été particulièrement néfastes pour les groupes marginalisés<sup>16</sup>. » Par exemple, le discours politique et public entourant l'apparition du virus en Chine a causé une augmentation des actes de racisme antichinois dans le monde entier, ce qui comprend des actes de vandalisme contre des biens publics et des crimes haineux perpétrés contre des personnes d'ascendance chinoise ou asiatique<sup>17</sup>. Des données de Statistique Canada publiées en juin 2020 ont révélé que depuis le début de la pandémie, « la proportion de participants issus de minorités visibles (18 %) qui ont remarqué une hausse dans la fréquence des actes de harcèlement ou des attaques fondées sur la race, l'origine ethnique ou la couleur de la peau était trois fois plus élevée que parmi le reste de la population (6 %) <sup>18</sup>. » Bien que ces actes aient été motivés par la peur et la désinformation au sujet de l'origine et de la propagation du coronavirus, ils sont néanmoins favorisés par les attitudes xénophobes tenaces à l'égard des Canadiens originaires de la Chine ou de l'Asie de l'Est ou du Sud-Est.<sup>vi</sup>

En même temps, les récents incidents mortels de violence policière envers des personnes noires, qui ont été rapportés durant la pandémie et retransmis dans le monde entier, ont envenimé les problèmes causés par la pandémie. Ces injustices historiques persistantes, amplifiées par le mouvement *Black Lives Matter*, ont suscité la réflexion au sujet de la « lutte complexe contre la pandémie, l'injustice raciale et la brutalité policière<sup>19</sup>. » Les décès scandaleux de George Floyd, d'Ahmaud Arbery, de Breonna Taylor, de Regis Korchinski-Paquet et d'Ejaz Choudry, entre autres, ont ravivé le débat sur le racisme et la discrimination raciale qui sont présents depuis longtemps au sein des forces policières, et nous ont permis de reconnaître cette période comme une « double pandémie<sup>20</sup> ». La commissaire à la Santé de la Ville de New York, la D<sup>re</sup> Oxiris Barbot, a utilisé le terme « blessure morale collective » pour décrire « les répercussions émotionnelles et spirituelles durables subies par une communauté lorsque les autorités commettent des actes allant à l'encontre des valeurs morales fondamentales<sup>21</sup>. » Par conséquent, à l'heure où ils doivent composer avec les circonstances sans précédent de la pandémie dans une société minée par le racisme systémique, les personnes racisées font face à un risque accru de subir des conséquences juridiques négatives et de souffrir de séquelles physiques et psychologiques<sup>22</sup>.

---

<sup>vi</sup> Après l'écllosion de SRAS en Toronto en 2003, on a observé une montée du racisme envers les communautés chinoises, philippines et de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, prenant la forme d'aliénation, de discrimination et de remarques racistes. Voir : Leung, Carriane (2008). « *The Yellow Peril Revisited: The Impact of SARS on Chinese and Southeast Asian Communities*. » *Resources for Feminist Research*, vol. 33, n<sup>o</sup> 1-2, p. 135

Lorsqu'il est question de santé mentale, les discours et les données émergentes montrent que la santé mentale des Noirs et des Autochtones au Canada a été durement affectée par la double pandémie de COVID-19 et d'injustice raciale. Les personnes noires au Canada font part de leur épuisement individuel et collectif et expriment leur traumatisme collectif<sup>23</sup>. Les professionnels de la santé mentale sonnent l'alarme : les jeunes patients noirs font état d'un « accablement qui découle selon eux d'une accumulation tout au long de leur vie d'expériences traumatisantes causées par le racisme, qui a de profondes répercussions sur leur santé mentale et leur représentation de soi<sup>24</sup>. »

Les leaders et les activistes autochtones ont souligné que dans de nombreuses communautés autochtones, la crainte d'une

éclosion, l'isolement, les problèmes de santé mentale déjà présents et les obstacles aux soins nuisent à la santé mentale en temps de pandémie<sup>25</sup>. Des données récentes de Statistique Canada démontrent que, depuis la mise en place des mesures d'éloignement physique, les Autochtones sont proportionnellement plus nombreux que les autres à qualifier leur santé mentale de « passable » ou de « mauvaise », à rapporter des symptômes caractéristiques de l'anxiété, et à déclarer que leur santé mentale est « un peu moins bonne » ou « bien moins bonne »<sup>26</sup>. Selon les leaders et les activistes autochtones, la pandémie pourrait accroître les risques que les femmes et les filles autochtones vivent de la violence ou en vivent plus fréquemment puisqu'elles doivent se confiner dans des environnements dangereux<sup>27</sup>.



# Les risques de détresse et de blessure morales chez les personnes racisées qui œuvrent dans le domaine de la santé

*Les travailleurs de la santé déjà confrontés aux facteurs de stress de leur travail quotidien doivent maintenant prodiguer des soins dans le contexte d'une pandémie. Cette crise étant combinée à la réflexion nationale au sujet du racisme systémique, les travailleurs de la santé racisés courent un risque accru de vivre de la détresse psychologique et morale.*

Le racisme dans le domaine de la médecine et des soins de santé est depuis longtemps reconnu comme une réalité et comme un facteur de stress pour les travailleurs de la santé racisés<sup>28</sup>. Il accentue les facteurs de stress habituels liés à la prestation de soins, et alimente la détresse, la déprime, le doute, l'épuisement et les problèmes psychologiques comme l'anxiété et la dépression<sup>29</sup>. Cette discrimination peut être le fait des patients, des clients ou des collègues<sup>30</sup>, qui remettent en question leur formation ou leur compétence, se moquent de leur façon de parler, de leurs méthodes de travail ou de leur habillement, les questionnent sur leur origine ethnique ou raciale, et dénigrent leurs croyances religieuses ou leurs pratiques culturelles<sup>31</sup>. Certains rapportent aussi avoir entendu des collègues formuler des commentaires discriminatoires au sujet de patients racisés<sup>32</sup>.

Le harcèlement et la discrimination raciale prennent parfois des formes subtiles, comme celle de microagressions, ces « comportements, propos ou circonstances brefs et banals, répétés quotidiennement, intentionnellement ou non, et qui sont perçus comme une offense ou une insulte raciste par la personne ou le groupe visé<sup>33</sup>. » Une récente étude sur les conséquences des microagressions racistes réalisée auprès d'étudiants en médecine et en soins infirmiers ainsi que de futurs adjoints aux médecins a démontré qu'en raison des microagressions, ces étudiants se sentaient dévalorisés, inférieurs et isolés, et qu'elles avaient des répercussions négatives sur leur rendement scolaire et le bien-être<sup>34</sup>. Bien que les gens soient de plus en plus conscientisés sur les microagressions qui ont lieu dans les organisations et les contextes sociaux, leur aspect intangible et banal fait en sorte qu'il est difficile de les reconnaître et d'y réagir.

Diverses raisons, comme le rang ou l'ancienneté au sein de l'organisation et la peur de représailles, peuvent expliquer pourquoi certains travailleurs ne sont pas à l'aise de parler de ces problèmes ou de s'y attaquer<sup>35</sup>. Lorsque certains patients ont un comportement raciste, les travailleurs de la santé peuvent être tiraillés entre leur désir de préserver leur humanité et leur devoir de fournir des soins<sup>36</sup>. De plus, il arrive que les collègues et administrateurs ignorent, nient ou tentent de défendre de tels comportements. Par conséquent, les travailleurs de la santé peuvent être déchirés par rapport à leur rôle ou éprouver un sentiment de trahison, ce qui peut alimenter leur détresse morale<sup>37</sup>.

Le domaine de la santé est encore miné par la sous-représentation des personnes racisées dans les postes de direction<sup>38</sup>. Cela peut exacerber le sentiment d'isolement des personnes racisées, puisqu'elles sentent peut-être qu'elles n'ont pas les alliés ou le soutien nécessaires au moment où elles tentent tant bien que mal de préserver leur humanité tout en s'occupant des autres. En même temps, les travailleurs de la santé racisés peuvent sentir qu'ils ont le devoir d'éduquer leur équipe ou leur organisation au sujet du racisme systémique et de ses conséquences sur les personnes racisées. Cette source potentielle de stress supplémentaire peut causer de l'épuisement en contexte minoritaire, c'est-à-dire le « sentiment d'épuisement qui découle du fait d'être la seule personne d'une appartenance particulière dans un milieu<sup>39</sup> ».

En temps de pandémie, les personnes racisées courent ainsi des risques accrus de blessure morale au moment où elles subissent de multiples facteurs de stress moraux, tant au travail que dans leur communauté. Au quotidien, elles sont peut-être surchargées de travail et doivent prendre des décisions morales difficiles liées aux soins des patients (p. ex., décider qui devrait recevoir des soins), dans un environnement souffrant déjà d'une pénurie de ressources humaines et matérielles. La combinaison des conséquences injustes de la COVID-19 et du racisme systémique peut susciter une réflexion sur la manière dont les soins de santé sont affectés

par les inégalités et y contribuent<sup>40</sup>. Les travailleurs de la santé peuvent sentir le devoir de se protéger ou de protéger les clients et les patients vulnérables des conséquences néfastes du racisme et de la discrimination raciale<sup>41</sup>, mais leur environnement de travail ne leur permet pas toujours de le faire<sup>42</sup>.

Étant donné que les personnes de couleur sont affectées de façon disproportionnée par la COVID-19, les travailleurs de la santé racisés peuvent aussi être aux prises avec de la détresse découlant du fait de s'identifier à des patients qui leur font penser à leurs proches<sup>43</sup>. De plus, dans le contexte de l'attention renouvelée portée au racisme à l'échelle du pays, ils peuvent vivre de la détresse morale causée par de récents incidents racistes, des éléments déclencheurs qui leur rappellent des cas de discrimination passés, ou la peur d'être ciblés ou discriminés dans leur milieu de travail ou à l'extérieur de celui-ci.

Tout cela peut faire en sorte que les travailleurs de la santé racisés se sentent impuissants, désespérés et bouleversés dans le cadre de leur travail. Certains chercheurs et professionnels croient que l'émergence de risques liés à la COVID-19 sur les plans physique et mental et la présence tenace du racisme systémique pourraient constituer un point de rupture pour les travailleurs de la santé racisés déjà stressés, ce qui remettrait en question la possibilité même d'avoir une main-d'œuvre diversifiée dans le domaine<sup>44</sup>.

A black and white photograph of a man with dark hair, wearing a white button-down shirt, sitting at a desk in an office. He is looking down at a tablet computer he is holding in his hands. His expression is serious and thoughtful. In the background, there are office shelves and a computer monitor. The lighting is soft, creating a professional and contemplative atmosphere.

« Ce moment, les communautés racialisées au Canada sont aux prises avec des circonstances sans précédent de la pandémie de COVID-19, une hausse dans la fréquence des actes de harcèlement fondé sur la race, l'appartenance ethnique, ou la couleur de la peau, ainsi que l'impact collectif des incidents récents de violence policière. »

# La gestion des risques de blessure morale et le soutien aux travailleurs de la santé racisés

*Au Canada, les autorités, les associations et les organisations du monde de la santé portent de plus en plus attention aux iniquités en matière de santé et tentent de favoriser une culture de l'inclusion.*

Des associations et des organisations compilent et transmettent des ressources sur la manière dont les préjugés inconscients, les iniquités en matière de santé et le racisme affectent les trajectoires de soins et les résultats des traitements<sup>45</sup>. Des organisations adoptent des plans prônant l'équité, la diversité et l'inclusion afin de favoriser la création d'environnements accueillants pour le personnel et les clients, et pour répondre aux besoins de communautés diversifiées<sup>46</sup>. Les professionnels de la santé s'impliquent de plus en plus dans l'éducation et la formation, notamment en ce qui a trait au savoir-faire culturel, à la sécurité et aux préjugés inconscients<sup>47</sup>.

Il est possible d'approfondir ce travail en portant attention aux risques de détresse et de blessure morales courus par les travailleurs de la santé racisés durant la pandémie. Il est crucial de s'engager à gérer cette menace et de soutenir ces travailleurs pour veiller à leur bien-être et, par extension, à celui des systèmes dont ils font partie et de la population dont ils s'occupent. Une meilleure conscientisation et compréhension de la manière dont la combinaison de la classe sociale, de la capacité, de l'âge, du genre, du sexe et de l'appartenance à la communauté LGBTQ+ influence l'expérience de travail sont aussi essentielles pour soutenir le personnel et faire la promotion d'environnements de travail sains.

Il est évident qu'il est nécessaire de mettre en place des solutions structurelles pour promouvoir le bien-être et réduire les risques de détresse et de blessure morales qu'affrontent les travailleurs de la santé racisés. Les principes fondamentaux pour cultiver des environnements accueillants et, par extension, prévenir la détresse morale sont l'éducation, la réflexion, l'habilitation et le travail d'allié<sup>48</sup>. Combinés à l'information présentée dans ce supplément, ces principes fournissent un cadre dans lequel les recommandations du Guide sur les préjudices moraux peuvent être étudiées par les organisations qui cherchent à conscientiser les gens sur la manière particulière dont la race et le racisme peuvent provoquer de la détresse morale.

# Faites-nous part de vos commentaires et de vos expériences

Nous vous invitons à nous envoyer vos commentaires et témoignages, ou ceux de vos collègues. Vous pouvez aussi nous envoyer vos commentaires sur le *Guide sur les blessures morales* et le présent supplément, disponibles tous les deux sur le site [blessuremorale.ca](http://blessuremorale.ca). Nous sommes particulièrement intéressés par le travail continu et novateur entrepris par les organisations, les communautés et les gens afin d'atténuer les répercussions de la détresse morale dans le milieu de la santé durant la pandémie de COVID-19. Cette information nous permettra d'améliorer notre connaissance des problèmes importants et émergents, de favoriser une meilleure compréhension de la détresse morale dans le domaine de la santé, et de mieux orienter nos recommandations pour favoriser le bien-être en ces temps difficiles.

Le Centre d'excellence sur le TSPT et les états de santé mentale connexes s'engage à être un chef de file de la recherche équitable et inclusive et des pratiques de mobilisation des connaissances. Nous adoptons aussi une approche collaborative par rapport au travail communautaire. Nous savons que la recherche et les initiatives prenant en compte la population sont plus pertinentes et peuvent avoir de meilleures retombées sur les communautés lorsqu'elles tiennent

compte des valeurs et des besoins particuliers de leurs membres, des expériences passées et présentes, et sont faites dans un véritable esprit de collaboration. Dans le cadre de ce processus, nous sommes ouverts aux suggestions de partenariats et de collaboration avec des associations et des organisations communautaires désirant améliorer notre compréhension collective de ce problème émergent dans le domaine de la santé au Canada. Écrivez-nous au [info-coe@theroyal.ca](mailto:info-coe@theroyal.ca).

En publiant le *Guide sur les blessures morales* et ce supplément, nous cherchons à cultiver des liens et des partenariats avec des associations, des organisations, des leaders communautaires et des personnes avec des expériences présentes ou passées afin de créer en collaboration un projet (ou des projets) qui enrichira la compréhension de ce problème émergent dans le domaine de la santé au Canada.

# Références

1. Gert, Bernard (2005). *Morality: Its Nature and Justification*, New York, Oxford University Press.
2. *ibid.*
3. Kupenda, Angela Mae (2014). « Challenging Presumed (Im) Morality: A Personal Narrative », dans *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice*, vol. 29, p. 295-307; Vesely-Flad, Rima. *Racial Purity and Dangerous Bodies: Moral Pollution, Black Lives, and the Struggle for Justice*, Minneapolis (MN), Fortress Press, 2017. Doi : 10.2307/j.ctt1kqgqtk9.
4. Vesely-Flad, 2017.
5. Simpson, Leanne Betasamosake (2017). *As We Have Always Done: Indigenous Freedom through Radical Resistance*, Minneapolis; London, University of Minnesota Press.
6. *ibid.*
7. Feagin, Joe, et Bennefield, Zinobia (2014). « Systemic Racism and U.S. Health Care », *Social Science & Medicine*, vol. 103 (février), p. 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.006>.
8. *ibid.*
9. De Leeuw, Sarah, et Greenwood, Margo (2011). « Beyond Borders and Boundaries: Addressing Indigenous Health Inequities in Canada through Social Determinants of Health and Intersectionality », dans Olena Hankivsky (éd.), *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*, Vancouver (C.-B.), UBC Press, p. 53-70.
10. Park, Olivia, Morris, Juliana, et Marya, Rupa (2020). « The Virus Does Not Discriminate, but Our Social Structures Do », *SFChronicle.com*, *San Francisco Chronicle*, 1<sup>er</sup> juin 2020. <https://www.sfchronicle.com/opinion/openforum/article/The-virus-does-not-discriminate-but-our-social-15306743.php>.
11. « COVID-19 Discriminates against Black Lives via Surveillance, Policing and Lack of Data: U of T Experts », *University of Toronto News*, 16 avril 2020. <https://www.utoronto.ca/news/covid-19-discriminates-against-black-lives-surveillance-policing-and-lack-data-u-t-experts>.
12. Yang, Jennifer, Allen, Kate, Mendleson, Rachel, et Bailey, Andrew (2020). « Toronto's COVID-19 Divide: The City's Northwest Corner Has Been 'Failed by the System' », *Thestar.com*, *The Star*, 28 juin 2020. <https://www.thestar.com/news/gta/2020/06/28/torontos-covid-19-divide-the-citys-northwest-corner-has-been-failed-by-the-system.html>; McKie, David. « Poverty and COVID-19: More Data Would Help Explain the Connection », *National Observer*, 12 mai 2020. <https://www.nationalobserver.com/2020/05/12/analysis/poverty-and-covid-19-more-data-would-help-explain-connection>.
13. Bowden, Olivia, et Cain, Patrick (2020). « Black Neighbourhoods in Toronto Are Hit Hardest by COVID-19 - and It's Anchored in Racism: Experts », *Global News*, 2 juin 2020. <https://globalnews.ca/news/7015522/black-neighbourhoods-toronto-coronavirus-racism>; APM Research Lab (2020). « COVID-19 Deaths Analyzed by Race and Ethnicity », *APM Research Lab*, 5 août 2020. <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race>; Webb Hooper, Monica, Nápoles, Anna María, et Pérez-Stable, Elisao J. (2020). « COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities », *JAMA*, vol. 323, n° 24, p. 2466-2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>.
14. Public Health England (2020). *Beyond the Data: Understanding the Impact of COVID-19 on BAME Groups*, Londres, Public Health England.
15. Saloojee, Anver (2003). *Social Inclusion, Anti-Racism and Democratic Citizenship*, Toronto (ON), Laidlaw Foundation.
16. Devakumar, Delan, Shannon, Geordan, Bhopal, Sunil S., et Abubakar, Ibrahim (2020). « Racism and Discrimination in COVID-19 Responses », *The Lancet*, vol. 395, n° 10231, p. 1194. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30792-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30792-3).
17. Bowden, Olivia (2020). « These Asian Canadians Are Concerned as Hate Crimes Spike in the Coronavirus Pandemic », *Global News*, 26 avril 2020. <https://globalnews.ca/news/6858850/these-asian-canadians-are-concerned-as-hate-crimes-spike-in-the-coronavirus-pandemic>; Shah, Maryam (2020). « Canadians of Chinese Ethnicity Report Widespread Racism over Coronavirus: Survey », *Global News*, 22 juin 2020. <https://globalnews.ca/news/7091118/coronavirus-racism-chinese-canadians/>; « Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide », *Human Rights Watch*, 2 août 2020. <https://www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide>.
18. Heidinger, Loanna, et Cotter, Adam (2020). « Perceptions à l'égard de la sécurité personnelle parmi les groupes de population désignés comme minorités visibles au Canada pendant la pandémie de COVID-19 », Ottawa (ON), Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00046-fra.htm>.
19. Evans, Michele K., Rosenbaum, Lisa, Malina, Debra, Morrissey, Stephen, et J. Rubin, Eric (2020). « Diagnosing and Treating Systemic Racism », *New England Journal of Medicine*, vol. 383, n° 3, p. 274-276. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2021693>.
20. Blake, John. « Black Americans Are Being Hammered by a Double Pandemic », *CNN*, 3 avril 2020. <https://www.cnn.com/2020/04/12/health/black-americans-hiv-coronavirus-blake/index.html>.
21. Barbot, Oxiris (2020). « George Floyd and Our Collective Moral Injury », *American Journal of Public Health*, septembre 2020 (publié en ligne le 12 août 2020). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305850>.
22. Jones, Cynthia M. (2010). « The Moral Problem of Health Disparities », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° S1, p. S47-S51. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171181>.
23. Arriagada, Paula (2020). « Les Autochtones et la santé mentale durant la pandémie de COVID-19 », Ottawa (ON), Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00035-fra.htm>.
24. Gajaria, Amy (2020). « Opinion: Black Youth in Canada Are in Incredible Pain Right Now », *The Globe and Mail*, 30 juin 2020. <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-black-youth-in-canada-are-in-incredible-pain-right-now/>.
25. Palmater, Pam (2020). « Canada is Ignoring the Gendered Impacts of COVID-19 on Indigenous Women », *Canadian Dimension*, 15 mars 2020. <https://canadiandimension.com/articles/view/canada-ignoring-gendered-impacts-of-covid-19-on-indigenous-women>.
26. Arriagada, et coll. (2020).
27. Kirkup, Kristy (2020). « Advocates Concerned about Heightened Vulnerability for Indigenous Women during COVID-19 », *The Globe and Mail*, 13 mai 2020. <https://www.theglobeandmail.com/politics/article-advocates-concerned-about-heightened-vulnerability-for-indigenous>.

28. Bullock, Samuel C., et Houston, Earline (1987). « Perceptions of Racism by Black Medical Students Attending White Medical Schools », *Journal of the National Medical Association*, vol. 79, n° 6, p. 601-608; DeCoteau, Marcia Anderson, Woods, Amanda, Lavallee, Barry, et Cook, Catherine (2017). « Unsafe Learning Environments: Indigenous Medical Students' Experiences of Racism », *LIME Good Practice Case Studies*, vol. 4, p. 18-25; Weddington, Wilburn H. (2000). « Stress and Coping of the African American Physician », *Journal of the National Medical Association*, vol. 92, n° 2, p. 70-75.
29. Ackerman-Barger, Kupiri, Boatright, Down, Gonzalez-Colaso, Rosana, Orozco, Regina, et Latimore, Darin (2020). « Seeking Inclusion Excellence: Understanding Racial Microaggressions as Experienced by Underrepresented Medical and Nursing Students », *Academic Medicine*, vol. 95, n° 5, p. 758-763; Crutcher, Rodney A., Szafran, Olga, Woloschuk, Wayne, Chatur, Fatima, et Hansen, Chantal (2011). « Family Medicine Graduates' Perceptions of Intimidation, Harassment, and Discrimination during Residency Training », *BMC Medical Education*, vol. 11, n° 88, n. p. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-88>; Vukovich, M.C. (1996). « The Prevalence of Sexual Harassment Among Female Family Practice Residents in the United States », *Violence and victims*, vol. 11, n° 2, p. 175-180.
30. Saadi, Altaf (2020). « A Muslim-American Doctor on the Racism in Our Hospitals », *KevinMD.com*, KevinMD.com, 14 juillet 2020. <https://www.kevinmd.com/blog/2016/02/muslim-american-doctor-racism-hospitals.htm>; Weeks, Lachelle Dawn (2017). « When the Patient is Racist, How Should the Doctor Respond? », *STAT*, 12 juin 2017. <https://www.statnews.com/2017/06/12/racism-bias-patients-doctors/>.
31. Padela, Aasim I., Adam, Huda, Ahmad, Maha, Hosseinian, Zahra, et Curlin, Farr (2016). « Religious Identity and Workplace Discrimination: A National Survey of American Muslim Physicians », *AJOB Empirical Bioethics*, vol. 7, n° 3, p. 149-159. <https://doi.org/10.1080/23294515.2015.1111271>.
32. Saadi, Altaf (2016); Wingfield, Adia Harvey (2020). « The Disproportionate Impact of Covid-19 on Black Health Care Workers in the U.S. », *Harvard Business Review*, 14 mai 2020. <https://hbr.org/2020/05/the-disproportionate-impact-of-covid-19-on-black-health-care-workers-in-the-u-s>.
33. Sue, Derald Wing, Capodilupo, Christina M., Torino, Gina C., Bucceri, Jennifer M., Holder, Aisha M.B., Nadal, Kevin L., et Esquilin, Marta (2007). « Racial Microaggressions in Everyday Life: Implications for Clinical Practice », *American Psychologist*, vol. 62, n° 4, p. 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>.
34. Ackerman-Barger, et coll. (2020).
35. Weeks (2017).
36. Vogel, Lauren (2018). « Doctors on Their Own When Dealing with Racism from Patients », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 190, n° 37, p. E1118-E1119. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5633>.
37. Stone, Teresa Elizabeth, et Ajayi, Comfort (2013). « "There Comes a Time When Silence Is Betrayal": Racism and Nursing: Editorial », *Nursing & Health Sciences*, vol. 15, n° 4, p. 407-409. <https://doi.org/10.1111/nhs.12100>.
38. Snyder, Cyndy R., Stover, Bert, Skillman, Susan M., et Frogner, Bianca K. (2018). « Facilitating Racial and Ethnic Diversity in the Health Workforce », *Journal of Allied Health*, vol. 47, n° 1, p. 58-65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29504021/>.
39. Tesema, Martha (2019). « Why We Need to Talk About-and Recognize-Representation Burnout », Shine. <https://advice.shinetext.com/articles/we-need-to-talk-about-and-recognize-representation-burnout/>.
40. Evans, et coll., paragr. 7.
41. *ibid.*
42. Blackstock, Uché (2020). « Why Black Doctors like me are Leaving Faculty Positions in Academic Medical Centers », *STAT*, 16 janvier 2020. <https://www.statnews.com/2020/01/16/black-doctors-leaving-faculty-positions-academic-medical-centers/>; Shim, Ruth (2020). « Structural Racism is why I'm Leaving Organized Psychiatry », *STAT*, 1<sup>er</sup> juillet 2020. <https://www.statnews.com/2020/07/01/structural-racism-is-why-im-leaving-organized-psychiatry/>.
43. Wingfield, Adia Harvey (2020). Paragr. 20.
44. *ibid.*
45. Black Physicians' Association of Ontario (s.d.). « Anti Black Racism ». <https://bpao.org/antiblackracism/>; Centre de ressources multiculturelles en santé mentale (2020). « Matériels de formation ». <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/training/cultural-competence/cultural-competence-tools-and-guidelines/>; Centre for Addiction and Mental Health (2016). « Working with Immigrants, Refugees, Ethno-Cultural and Racialized (IRER) Communities », 28 juin 2016. <https://www.porticonetwork.ca/web/health-equity/resources/irer-resources>.
46. Cohn, Ronni, Dr (2019). « Equity, Diversity and Inclusion Action Plan », *SickKids Research Institute*. <https://www.sickkids.ca/PDFs/Research/Research-EDI/80592-The%20Hospital%20for%20Sick%20Children%20EDI%20Action%20Plan%20%20-%20December%202019.pdf>.
47. Alberta Health Services (2009). « Enhancing Cultural Competency A Resource Kit for Health Care Professionals ». <http://frcr.albertahealthservices.ca/publications/cultural/Enhancing-Cultural-Competency-Resource-Kit.pdf>; BC Provincial Health Services Authority (s.d.). « Sanyas Indigenous Cultural Safety Training ». <http://www.sanyas.ca/about-us>; Vogel, Lauren (2018). « Residency Programs Grapple with new Indigenous Cultural Safety Training Requirement », *CMJ/News*. <https://cmajnews.com/2018/06/06/residency-programs-grapple-with-new-indigenous-cultural-safety-training-requirement-cmaj-109-5616/>.
48. Cénat, Jude Mary (2020). « How to Provide Anti-Racist Mental Health Care », *The Lancet Psychiatry*, 8 juillet 2020, S2215-0366(20)30309-6. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30309-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30309-6); Corneau, Simon, et Stergiopoulos, Vicky (2012). « More than Being Against It: Anti-Racism and Anti-Oppression in Mental Health Services », *Transcultural Psychiatry*, vol. 49, n° 2, p. 261-282. <https://doi.org/10.1177/1363461512441594>.

*Pour obtenir des conseils sur les ressources à votre disposition et à celle de votre personnel, veuillez communiquer avec les services de bien-être et de soutien de votre hôpital ou de votre organisme de santé.*

