

Canadian Psychology / Psychologie canadienne

Les microagressions raciales comme obstacles au traitement en soins cliniques

Monnica T. Williams, Jude Mary Cénat, Muna Osman, Kate Caldwell, Jade Gallo, and Sonya Faber
Online First Publication, March 7, 2024. <https://dx.doi.org/10.1037/cap0000383>

CITATION

Williams, M. T., Cénat, J. M., Osman, M., Caldwell, K., Gallo, J., & Faber, S. (2024, March 7). Les microagressions raciales comme obstacles au traitement en soins cliniques. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/cap0000383>

Les microagressions raciales comme obstacles au traitement en soins cliniques

Monnica T. Williams^{1, 2}, Jude Mary Cénat², Muna Osman², Kate Caldwell³, Jade Gallo^{2, 4} et Sonya Faber²

¹Département de Médecine cellulaire et moléculaire, Université d'Ottawa

²École de psychologie, Université d'Ottawa

³Département d'études anciennes et de sciences des religions, Université d'Ottawa

⁴Département de psychologie clinique, Teachers College, Université de Columbia

Cet article vise à sensibiliser les psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé mentale aux microagressions raciales vécues par les patients noirs, autochtones et de couleur, ainsi qu'à leur fournir des stratégies pour mieux les évaluer, les réduire et les éliminer dans la pratique clinique. Les microagressions raciales se définissent comme des formes subtiles ou cachées de racisme, souvent involontaires, dirigées contre les personnes de couleur. Les microagressions peuvent être des actions, des commentaires ou même des objets dans l'environnement. Qu'elle soit intentionnelle ou non, les microagressions sont une forme néfaste de racisme. Elles ont été corrélées à de nombreux problèmes de santé mentale chez les patients et lorsqu'elles sont perpétrées par des cliniciens elles peuvent aggraver les problèmes en créant un obstacle dans la relation clinique et à la réussite du traitement. Les patients qui subissent des microagressions de la part des prestataires de soins peuvent être moins engagés, moins enclins de suivre les recommandations du traitement et moins susceptibles de revenir pour des soins de suivi. Les microagressions sont l'un des facteurs pouvant expliquer la sous-utilisation et l'interruption prématurée des soins de santé mentale par les personnes de couleur. En plus de décrire les microagressions et des mécanismes sous-jacents, cet article fournit des exemples tirés de la pratique clinique visant à mieux guider et former les professionnels de la santé. Sont également incluses des mesures d'évaluation de la fréquence et de l'impact des microagressions raciales chez les patients de couleur, disponibles en français.

Intérêt public

Étant donné la diversité de la population canadienne, il est essentiel que les cliniciens comprennent les microagressions afin d'offrir un traitement efficace aux clients marginalisés. Cet article offre aux professionnels en santé mentale une analyse complète des microagressions raciales vécues par les Noirs, les Autochtones et les autres personnes de couleur en milieu de soins de santé, ainsi que des stratégies efficaces pour les identifier, les réduire et les éliminer.


Mots-clés : Race, Racisme, Identité ethnique, Microagression, Compétence culturelle

Le présent article poursuit deux objectifs principaux. D'abord, il vise à sensibiliser les professionnels de la santé mentale, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, psychothérapeutes et autres sur les microagressions raciales auxquelles sont exposées

les personnes Noires, Autochtones et de couleur (PNAC) à la fois dans la vie courante et en contexte clinique. Ensuite, il vise à fournir aux cliniciens les stratégies pour mieux les évaluer, ainsi que les réduire et les éliminer dans un contexte de pratique clinique. En examinant en détails la manière dont ces microagressions constituent une barrière pour la santé mentale des PNAC, les disparités raciales dans la pratique clinique au Canada, les conséquences liées aux microagressions, en fournissant des exemples cliniques et les meilleures pratiques et compétences culturelles et antiracistes pour mieux les adresser en situation clinique, cet article comble une lacune importante dans la littérature scientifique en français sur les expériences de discrimination raciale les plus courantes pour les personnes Noires, Autochtones et de couleur du pays.

La sous-utilisation et l'arrêt prématuré du traitement clinique entraînent des résultats négatifs pour la santé des patients de couleur, notamment un risque accru de morbidité et de mortalité (Grace et al., 2016; Kirmayer et al., 2014; Moodley & Ocampo, 2014; C. C. Williams, 2001). Les cliniciens et les prestataires de soins de santé possèdent des biais et des préjugés et peuvent créer involontairement un environnement peu accueillant pour ces

Monnica T. Williams  <https://orcid.org/0000-0003-0095-3277>

Kate Caldwell  <https://orcid.org/0000-0002-0341-4036>

Cette recherche a été entreprise en partie grâce au financement du Programme des chaires de recherche du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, numéro de subvention Award: CRC-2018-00239 (Investigatrice principale : Monnica T. Williams). Les auteurs souhaitent remercier Caroline Duniya, MA, pour ses contributions à la version initiale de ce manuscrit. Nous n'avons aucun conflit d'intérêts à divulguer.

L'ensemble des mesures citées sont disponibles en version française auprès de l'auteur correspondant.

Toute correspondance concernant le présent article doit être adressée à Monnica T. Williams, École de psychologie, Université d'Ottawa, 136 Jean-Jacques Lussier, Vanier Hall, Ottawa, ON K1N 6N5, Canada. Courriel : Monnica.Williams@uOttawa.ca

patients. Les microagressions raciales, une manifestation subtile du racisme, constituent l'une des raisons pouvant aider à expliquer les schémas de sous-utilisation et d'interruption prématurée des soins de santé mentale chez les patients de couleur (Anderson et al., 2019; D. W. Sue & Spanierman, 2020; M. T. Williams, 2020).

Les formes manifestes et subtiles de racisme sont bien documentées dans le système de santé canadien. Cela est dû au fait que la race et l'origine ethnique demeurent des déterminants des disparités en matière d'accès aux services et aux prestations des soins de santé, ainsi que dans la qualité et la continuité des soins de santé physique et mentale (Phillips-Beck et al., 2020). Dans notre société racialisée, les préjugés raciaux sont ancrés dans les politiques de santé et les pratiques médicales et peuvent imprégner les interactions avec les fournisseurs de soins. Une étude récente menée auprès de Canadiens noirs a révélé que plus de la moitié (53,1%) ont déclaré avoir été traités injustement à cause de la couleur de leur peau lorsqu'ils recevaient des soins hospitaliers ou d'autres services médicaux (Cénat et al., 2022).

Disparités et discrimination raciale dans les milieux de psychologie clinique

En raison des disparités et de la discrimination raciale dans les services de santé mentale, un nombre disproportionné de personnes appartenant à des groupes racialisés et de populations autochtones atteintes de maladies mentales ne profitent pas pleinement des possibilités et de la prospérité offertes par notre société (Kafele, 2004). Des recherches menées au Canada ont montré que les personnes noires d'origine antillaise ou africaine présentant un premier épisode psychotique étaient beaucoup plus susceptibles d'être traitées de manière coercitive que les personnes non noires présentant un premier épisode psychotique; elles étaient également plus susceptibles d'être hospitalisées contre leur gré comparativement aux Canadiens blancs (Knight et al., 2022). En parallèle, des études menées aux États-Unis ont démontré que les Afro-Américains reçoivent plus souvent un diagnostic de schizophrénie paranoïde que les Américains d'origine européenne présentant des symptômes similaires (Snowden & Pingitore, 2002). Cela pourrait être dû en partie à une mauvaise interprétation par les cliniciens de la « saine paranoïa »—une posture défensive adoptée par de nombreux Noirs lorsqu'ils abordent une nouvelle situation qui pourrait impliquer du racisme ou de la discrimination (Whaley, 2001). Toutefois, cette paranoïa n'est pas totalement infondée, compte tenu de la réalité de la discrimination et des tensions raciales dans notre société et dans les soins de santé en particulier. (Cénat et al., 2022). De plus, les hommes afro-canadiens sont traités plus sévèrement que les personnes non racialisées dans les systèmes de santé mentale et de santé mentale médico-légale (Ontario Human Rights Commission [OHRC], 2012). Il a également été noté que les erreurs de diagnostic peuvent être courantes en raison de stéréotypes et de barrières culturelles et linguistiques; p. ex., une personne étiquetée comme une « femme noire en colère » en raison de ses symptômes de dépression (OHRC, 2012). Si les cliniciens apprécient et comprennent une variété de perspectives culturelles, cela se traduira dans l'ensemble par moins d'interprétations erronées menant à des diagnostics erronés, ainsi que de meilleurs soins aux patients.

Que sont les microagressions raciales?

Le racisme est systémique. Il comprend des croyances, des pratiques et des politiques qui profitent à ceux qui ont un pouvoir historique (c'est-à-dire les Blancs) fondé sur la race qui est une construction sociale basée sur l'apparence physique et l'héritage présumé (Haeny et al., 2021). Historiquement, le Canada a un héritage complexe de racisme manifeste enchâssé dans les lois, appliqué par le système de justice et institutionnalisé dans toutes les structures publiques (Kirmayer, 2014; Kirmayer et al., 2014). Au cours des dernières décennies, ces structures manifestes ont été remplacées par des expressions plus subtiles et banales de l'exclusion sociale, de la marginalisation et du racisme. Les microagressions caractérisent une manière subtile dont le racisme se perpétue dans la société contemporaine. Les microagressions raciales peuvent être définies comme des actes de racisme facilement niables qui perpétuent des stéréotypes pathologiques et des normes sociales discriminatoires ou communiquent l'exclusion (M. T. Williams, 2020). Les microagressions comprennent les interactions verbales et non verbales où un agresseur cause du tort à une personne (D. W. Sue & Spanierman, 2020). Le terme microagression a été introduit pour la première fois par Chester Pierce, psychiatre afro-américain, universitaire et professeur à Harvard. Pierce a expliqué que les microagressions sont des infractions subtiles qui sont livrées sans cesse et qui ont un effet cumulatif sur la victime. C'est la somme totale des multiples microagressions de la part des Blancs envers les Noirs qui a un effet omniprésent sur la stabilité et la paix des victimes (Pierce, 1970, 1974). Au Canada, les résultats d'une enquête sur la santé mentale des personnes noires âgées de 15 à 40 ans a révélé que 50,2% à 93,8% des participants ont déclaré avoir subi au moins une forme de microagression raciale (Cénat et al., 2022).

Types de microagressions

Bien que nous ayons tendance à penser aux microagressions principalement comme des actes explicites commis de manière volontaire et délibérée, dans le cadre de la prestation des soins de santé mentale, les microagressions les plus couramment vécues impliquent un évitement ou la minimisation des enjeux culturels et raciaux de la part des cliniciens (Dahmer, 2021; Lee et al., 2018). Il est courant que les cliniciens ignorent la matière culturelle lorsqu'elle apparaît et compte tenu de la possibilité de commettre un faux pas culturel, les thérapeutes incompetents ou naïfs peuvent penser qu'il est plus prudent d'éviter complètement de telles discussions (Terwilliger et al., 2013). Cependant, ignorer ou minimiser les problèmes qui sont d'une importance cruciale pour les clients est le contraire de ce que l'on exige d'un thérapeute compétent. Les cliniciens ne devraient pas ignorer une opportunité d'engagement culturel avec leurs patients. Le manque de suivi lorsque les patients soulèvent des problèmes liés à la race, à l'origine ethnique et à la culture peut également être perçu comme une microagression (M. T. Williams & Skinta, 2020).

Il est aussi important de comprendre les expériences des patients, en particulier les conflits entourant l'identité, le concept de soi et le syndrome de l'imposteur, comme des faits saillants de la manifestation des problèmes cliniques. Les interactions complexes qui se chevauchent entre les caractéristiques individuelles et les

appartenances de groupe sont essentielles à prendre en compte dans la conceptualisation de cas et les interactions avec les clients (Cabral & Smith, 2011; Cénat, 2020; Chapman et al., 2014).

D'autres exemples de microagressions sont quand un clinicien remet en question l'expérience du racisme d'un client de couleur ou exprime son incrédulité à l'égard de son titre ou de ses distinctions professionnelles avancés. Du point de vue du destinataire, le message sous-jacent peut être double : (a) « Les gens comme vous ne sont pas qualifiés, » et (b) « Vous devez avoir obtenu le poste par le biais de mesures de discrimination positive ou d'un programme de quotas et non en raison de vos compétences. » De telles déclarations ne sont généralement pas perçues par le contrevenant comme agressives, mais le contexte est important (Beagan et al., 2021; Clark et al., 2014; D. W. Sue & Spanierman, 2020).

Dans un contexte clinique, la prestation efficace des services est entravée lorsque les fournisseurs de soins de santé ne comprennent pas comment les questions raciales influencent les interactions patientes-clinicien et comment le racisme—y compris les actes subtils—peut interférer avec la prestation de services aux patients de couleur (Sandeén et al., 2018; D. W. Sue et al., 2007; M. T. Williams & Halstead, 2019). Il est important de noter que les praticiens font face aux mêmes forces systémiques qui créent des microagressions raciales, par conséquent, il est essentiel de réfléchir à la façon dont ils peuvent perpétuer les croyances et les pratiques racistes (Chou et al., 2020).

Pour mieux comprendre les microagressions, la façon dont elles sont communiquées et leurs implications, nous y avons répertorié différentes catégories et différents exemples ci-dessous. Le Tableau 1 comprend des catégories de microagressions, avec des exemples pour chaque catégorie (M. T. Williams, Skinta, et al., 2021). Cependant, il est important de comprendre que les microagressions se produisent dans un contexte spécifique et il est donc possible qu'une déclaration ou un comportement soit une microagression dans une situation, mais pas dans une autre.

Comment les microagressions nuisent

Les microagressions ont également été associées à des effets cumulatifs négatifs pour les personnes de couleur aux niveaux social, comportemental et psychologique (Houshmand et al., 2017). Ces effets négatifs comprennent une diminution du bien-être psychologique et physique (Cénat et al., 2021; Kogan et al., 2022; Lui & Quezada, 2019). Les microagressions raciales ne se limitent pas aux interactions humaines, ils peuvent être de nature environnementale. Les microagressions environnementales peuvent être des affronts, des insultes et des invalidations véhiculées par l'organisation de l'espace, des documents imprimés, de l'art et d'autres médias, par exemple, des photos de personnes blanches uniquement dans une salle d'attente peuvent indiquer que les personnes de couleur ne sont pas les bienvenues ou prioritaires (Dean et al., 2016).

Les impacts négatifs des microagressions peuvent inclure l'impact émotionnel d'expériences douloureuses et le stress résultant d'une vigilance et d'une prudence incessantes de la personne des personnes de couleur (Beagan et al., 2021). De plus, le destinataire d'une microagression peut quitter l'interaction en doutant qu'il en ait même vécu une. Ainsi, il n'est pas toujours clair si une microagression ait été perpétrée directement ou indirectement, ou si c'était intentionnel ou non (D. W. Sue et al., 2007; M. T. Williams, 2020).

Lorsqu'elles sont commises par des cliniciens, les microagressions peuvent être particulièrement nocives pour les patients vulnérables, qui peuvent déjà se sentir stigmatisés et exposés pour avoir même tenté une thérapie. Lors de rencontres cliniques, les patients de couleur peuvent avoir de la difficulté à répondre aux remarques microagressives en raison de doute de soi et de la relation de pouvoir (Constantine, 2007). Ces problèmes contribuent à un sentiment de distance par rapport au clinicien, à une réticence à divulguer des informations sensibles et à l'abandon prématuré des soins. Ainsi, les patients peuvent être incapables de surmonter la condition pour laquelle ils ont demandé de l'aide en raison d'interactions indésirables avec le clinicien. Le degré de préjudice que les cliniciens peuvent causer de cette manière est inconnu et probablement sous-estimé (Chapman et al., 2014; Constantine, 2007).

Un catalyseur fréquent des microagressions survient lorsque les cliniciens avancent leurs propres valeurs et visions culturelles du monde sans réfléchir, tout en dévalorisant et en « pathologisant » les valeurs culturelles de leurs patients de couleur (S. Sue et al., 1991). De nombreuses personnes de couleur peuvent se sentir incomprises par leurs cliniciens en raison d'un manque d'appréciation des différences culturelles valides. Par exemple, les patients asiatiques ou latino-américains qui débutent un traitement pour résoudre les problèmes familiaux tels que se sentir obligés, stressés ou dépassés par des responsabilités familiales excessives peuvent être encouragés par les cliniciens à se distancer de leur famille, ou à prendre des décisions qui ne tiennent pas compte du soutien ou les attentes de la part de la famille. Les cliniciens peuvent ne pas en être conscients qu'ils soient en train d'invalider directement la culture du respect de l'autorité et d'imposer une vision individualiste au-dessus des valeurs plus collectivistes du patient (Owen et al., 2018). Le manque de conscience de la façon dont ces impasses affectent la relation thérapeutique comporte le risque de pathologiser un client par erreur, car il a éprouvé des réactions normatives aux microagressions de la part des cliniciens.

Les dommages causés par une approche « aveugle sur les enjeux raciaux »

Bien qu'il puisse sembler culturellement humble d'adopter une approche « aveugle sur les enjeux raciaux », ou l'idée que toutes les personnes de toutes les origines raciales et ethniques devraient être traitées de la même manière, ceci a en effet été démontré nocif (Terwilliger et al., 2013). Un exemple de l'approche aveugle sur les enjeux raciaux serait des déclarations telles que « Je ne vois pas la couleur de la peau quand je prends en charge un patient ». La recherche suggère que lorsque les gens refusent de reconnaître les cultures minoritisées, le respect et l'importance de ces derniers diminuent, menant souvent à des attitudes négatives envers les personnes de couleur (Terwilliger et al., 2013). L'idée que « Je ne vois pas votre couleur » peut être communiqué aux clients partant d'une « bonne » intention de la part d'un thérapeute, mais peut entraîner l'effacement de la race et de la culture chez les clients, faisant en sorte que leur expérience raciale semble invalide (Lee et al., 2018). Cela souligne l'importance de développer les compétences culturelles plutôt que d'utiliser une approche aveugle sur les enjeux raciaux et ethniques.

Tableau 1*Taxonomie de microagressions avec exemples*

Catégories de microagressions	Exemples	Implications
1. Les présomptions sur la citoyenneté	« De quel pays vient votre famille ? » à un client de couleur. « Je ne sais pas comment vous faites les choses dans votre pays, mais au Canada, nous ... » « Les choses peuvent être différentes d'où vous venez, mais ici ... »	Ils n'ont pas leur place au Canada.
2. L'imposition de catégorie raciale	« Quelle est votre race ? » à une personne racialement ambiguë. « Tu n'as pas l'air autochtone. »	Centre la blancheur tout en altérant les personnes d'origines raciales différentes.
3. Les présomptions sur l'intelligence, la compétence ou le statut	« Vous avez l'air très intelligente pour une fille autochtone » : Un clinicien à une adolescente autochtone « Vous exprimez très bien vos symptômes. Vous ne semblez pas déprimé. » « Bravo à vous d'être aux études supérieures. Je pense que vous avez une bonne boîte à outils d'adaptation, vous n'avez pas besoin de thérapie. »	La plupart des Noirs ne sont pas intelligents.
4. Le faux déni du racisme, ou le "daltonisme racial"	« Je ne te considère pas comme autochtone, tu as l'air d'être comme tout le monde. » « Oh, votre formulaire d'admission indique que vous êtes autochtone, c'est surprenant. Qui dans votre famille est autochtone ? »	Mine les expériences vécues et l'identité des personnes de couleur; impose la blancheur en tant que norme et désigne les non-Blancs comme anormaux.
5. La criminalité ou la dangerosité	Verrouiller activement les armoires lorsqu'un client noir entre dans la clinique. Le client demande un renouvellement « Oh, vous renouvelez vos médicaments ? Déjà ? Vous semblez avoir rapidement passé à travers vos médicaments. » « Un autre médecin vous a-t-il prescrit le même médicament ? Pouvez-vous me dire quelles autres pharmacies vous fréquentez, nous voulons juste nous assurer que vous utilisez le médicament correctement. » « Si vous êtes honnête au sujet des autres médicaments ou drogues que vous prenez, nous pouvons nous assurer que vos médicaments ne se contrecarrent pas. » « Nous demandons à tous nos clients d'attendre à l'extérieur du bâtiment avant l'heure de leur rendez-vous. »	Les personnes de couleur sont intrinsèquement dangereuses et/ou impliquées dans des activités criminelles.
6. Le déni de la partialité individuelle	Le client demande si le thérapeute travaille avec les clients d'origines diverses : réponse du thérapeute : « Je ne crois pas qu'il faille traiter les gens différemment en fonction de la race. » « Je n'adhère pas à la notion de la diversité, ainsi je ne fais pas de discrimination. » « Je reconnais les expériences vécues par tous les gens et la race n'est pas quelque chose à laquelle je fais attention, je soutiens tout le monde » « Tous mes clients sont divers, ils ont tous des problèmes divers »	Les microagressions et la discrimination subies par les personnes de couleur ne sont pas valides.
7. Le mythe de la méritocratie	« Tout le monde a une chance égale de réussite si vous travaillez fort. » « Vous avez vraiment bien fait, étant donné d'où vous venez. » « Je suis désolé que cela ait été difficile pour vous, si vous travaillez dur et faites preuve d'excellence dans votre travail, vous réussirez aussi. »	Déni des obstacles systémiques et institutionnels.
8. L'hostilité du "racisme inversé"	« La discrimination envers les Blancs est mauvaise aussi. » « Cela semble discriminatoire à l'égard de tout un groupe de personnes, c'est peut-être la manière dont vous voyez le monde », lorsqu'un client a déclaré se méfier des professionnels de la santé blancs.	Miner les expériences vécues par les personnes de couleur
9. La psychologisation des différences culturelles présumées	« Les patients asiatiques ne sont pas assez affirmés. » « Les enfants noirs n'ont pas de père. » Client éprouvant des interrogations sur la spiritualité : réponse du thérapeute « Est-ce quelque chose que vous avez été forcé de croire par votre père ou votre mari ? » À propos du régime alimentaire d'un client : « Craignez-vous que vos pratiques culturelles favorisent les troubles de l'alimentation ? »	Mauvaise compréhension des nuances et des différences culturelles.

(suite de l' tableau)

Tableau 1 (suite)

Catégories de microagressions	Exemples	Implications
10. Le citoyen de seconde classe/ ignoré et invisible	« Avez-vous toujours été aussi religieux ? J'aimerais explorer les symptômes du trouble bipolaire, car la religiosité y est parfois un symptôme. » Le client décrit une grande famille. Le thérapeute s'exclame, « Wow, ça a l'air mouvementé, vous avez dû être négligé quand vous étiez enfant. » La réceptionniste oublie un patient de couleur assis dans la salle d'attente. La réceptionniste demande à un client noir de décrire « son problème » et ajoute : « Je ne peux pas t'aider à voir quelqu'un si tu ne me dis pas ce qui ne va pas. »	L'existence des personnes de couleur n'a pas d'importance.
11. Les mesures symboliques	L'inclusion d'une personne de couleur sur une page Web pour promouvoir l'illusion de l'inclusivité, mais aucune embauche de personnes de couleur pour se joindre au personnel.	La fausse représentation du multiculturalisme peut mener les personnes de couleur à se sentir isolées.
12. La connexion via les stéréotypes	« Quelle est votre équipe de basketball préférée ? » à un nouveau patient noir. « J'ai un ami noir, il m'a appris votre culture. »	Les personnes de couleur sont un groupe homogène ayant des intérêts similaires.
13. L'exotisation & l'érotisation	« J'ai toujours pensé que les filles asiatiques étaient sexy. » « Est-ce que je peux toucher vos cheveux ? »	L'objectification des personnes de couleur.
14. L'évitement et la distanciation	La réceptionniste met le reçu sur le comptoir plutôt que dans la main d'un patient. Précipiter un client dans le récit d'une situation difficile parce que la séance est terminée, « Je suis vraiment désolé que vous ayez vécu cela, discutons-en quand nous nous reverrons. »	La personne de couleur se sent indésirable et malvenue dans cet environnement.
15. L'exclusion environnementale	Congé du client sans préavis. Aucune personne de couleur n'est représentée dans les œuvres d'art de la salle d'attente. Ne pas avoir de livres qui représentent tous les enfants dans les aires de jeu.	Le manque de représentation peut être altérant pour les personnes de couleur.
16. Les attaques environnementales	Dépotoir à ciel ouvert à Africville, en Nouvelle-Écosse. Photographies d'enfants noirs exploités par les efforts humanitaires. Par exemple, des enfants de couleur affamés en train de se faire nourrir par des fonctionnaires blancs de L'Organisation des Nations unies.	Le manque de respect ou l'hostilité envers les espaces appartenant aux personnes de couleur.

Microagressions institutionnelles et militarisation des politiques

Si un client reçoit le message que le thérapeute ne voit pas la race ou la couleur, il peut également conclure que le thérapeute ne peut pas non plus voir le racisme. S'il n'est pas possible d'observer un acte de racisme, la honte associée à sa stigmatisation peut ainsi être évitée. Les microagressions reposent sur le déni plausible pour essayer de se soustraire à l'opprobre social du racisme manifeste. Cette dissimulation de but pour éviter l'exposition est appelée comportement aversif, mais peut également être appliquée aux règles et aux politiques. Ainsi, les politiques peuvent elles aussi être microagressives lorsqu'elles démontrent des qualités qui privent les gens de leurs droits en raison de leur race et offrent en même temps la possibilité du déni plausible à ceux qui les utilisent. Un autre nom pour ces types de politiques est les « politiques militarisées » et elles se retrouvent dans de nombreux contextes, incluant celui de la clinique et des institutions qui fournissent des soins de santé mentale primaires et spécialisés. Les politiques militarisées consistent à utiliser des décrets, des lois ou des normes clairement établis pour discriminer en secret (Herd & Moynihan, 2018). Deux des expressions individuelles du pouvoir les plus actives dans la société moderne sont l'acquisition de connaissances représentées par l'enseignement universitaire et l'autodétermination représentée

par le vote ou l'émancipation. Ces manifestations du pouvoir personnel sont donc des cibles particulières de la militarisation des politiques. Un exemple de politique militarisée peut être observé dans les règles adoptées dans les écoles nord-américaines et européennes et utilisées par les professionnels de la santé mentale et de l'orientation pour orienter les jeunes noirs et racialisés vers des études manuelles et professionnelles, même quand ils ont l'intelligence pour poursuivre aux études supérieures. Ces règles sont aussi utilisées par les universités et les institutions pour ne pas former les professionnels de la santé mentale sur les soins culturellement appropriés et antiracistes, alors qu'un tiers de la population est née à l'étranger et a plus de 450 origines culturelles différentes (Cénat et al., 2020; Statistics Canada, 2019). Cela se perpétue aujourd'hui dans les hôpitaux et dans les soins de santé mentale par l'ignorance des enjeux raciaux et culturels et la non-collecte des données raciales.

Il convient de noter que les utilisateurs de politiques aversives militarisées ne sont pas concernés si ces derniers prennent occasionnellement au piège une personne non racialisée ou si une personne noire, autochtone ou de couleur est parfois capable de naviguer à travers toute la gamme des mesures pour réussir. Les partisans de ces politiques militarisées aiment présenter ces exceptions comme preuve que la politique n'est pas raciste. Cependant, même si le déni nécessite quelques exceptions comme alibi, une analyses soutenue des aspects

multifactoriels de l'inadaptabilité des soins fournis aux personnes racisées au Canada permet de voir qu'il s'agit également d'une volonté politique de les garder dans une certaine forme de vulnérabilité.

Exemples de cas

Les exemples de cas suivants illustrent les expériences de personnes racialisées qui ont été victimes d'une microagression alors qu'elles cherchaient un traitement en milieu de soins cliniques. Les exemples qui suivent soulignent la manière dont les microagressions créent des obstacles importants dans les soins de santé et peuvent avoir une incidence sur les résultats cliniques.

Femme érythréenne au pied cassé

Meron, une femme noire d'âge moyen qui a immigré de l'Érythrée, se présente pour un traitement de suivi dans un hôpital local d'Ottawa après avoir subi une fracture du pied six semaines auparavant. Sa jeune fille adulte, Victoria, l'accompagne pour l'aider à se déplacer en fauteuil roulant et se rendre au cabinet de son médecin. Le médecin traitant effectue le suivi et leur remet une carte pour un autre rendez-vous de suivi qu'ils doivent remettre à la réceptionniste d'accueil. La mère et la fille quittent le bureau et font la queue à la réception. Au bout d'une heure, la fille remarque que la réceptionniste ne leur a ni adressé, ni établi de contact visuel avec elles. Elle a servi la plupart des patients et certains qui sont arrivés après eux ont commencé à partir.

Victoria balaye la pièce du regard et remarque qu'ils sont les seuls Noirs. Une employée se tenant debout à l'arrière-plan observe tranquillement la scène et leur lance un regard apologetique. Elle s'approche avec hésitation du duo mère-fille et les aide à prendre le rendez-vous de suivi. La réceptionniste, qui les avait ignorés jusqu'à ce moment-là, s'approche de l'employé serviable et commence à entrer les informations sur la carte. Meron et Victoria quittent l'hôpital avec un sentiment de confusion et se rendent compte par la suite qu'elles se sont fait servir en dernier parce qu'elles avaient été perçues comme « autres » (c'est-à-dire non Blanches ou étrangères). Elles viennent de subir une microagression. Dans la vignette susmentionnée, la réceptionniste a perpétué une microagression en les ignorant. Meron et Victoria se sentaient invisibles, indésirables et très mal à l'aise. Le message sous-jacent envoyé par la réceptionniste est que les personnes noires ne méritent pas d'attention et que les autres patients devraient être aidés en premier.

Femme haïtiano-canadienne présentant des symptômes d'anxiété

Cassandra, 25 ans, est une Canadienne d'origine haïtienne de deuxième génération. Son omnipraticien l'a dirigée vers un psychologue après qu'elle s'est plainte d'anxiété, d'agitation et de difficultés à se concentrer. Alors que la clinicienne tente d'établir des relations en discutant informellement, Cassandra l'informe qu'elle détient un diplôme universitaire et qu'elle travaille actuellement dans le domaine du droit pour une grande entreprise. Pendant que Cassandra parle, elle remarque que les yeux de sa clinicienne s'écarquillent. Apparemment surprise, cette dernière s'exclame : « Waouh ! Tu es si intelligente et si éloquente. » Bien que Cassandra sache qu'elle le considérerait comme un compliment, la réaction de sa clinicienne implique qu'elle ne s'attendait pas à ce que sa cliente noire réussisse et qu'elle ne s'attendait pas non plus à ce qu'elle puisse engager une conversation intelligente.

Bien qu'elle ne soit pas aussi évidente que la première vignette, la psychologue traitant Cassandra commet également une microagression lors de son interaction avec elle. Dans la vignette sur Cassandra, la clinicienne, qui est une femme blanche, présume que les femmes noires ne sont généralement pas éloquentes et bien employées. Cette supposition implique aussi que le clinicien croit que les personnes racialisées ont moins de chances de réussir que leurs homologues blancs. Alors qu'une expression faciale choquée et des déclarations comme « Waouh ! Tu es si intelligente et si éloquente » peuvent sembler anodines, elles peuvent déclencher des réactions émotionnelles et cognitives chez les personnes racialisées, en particulier parce que ce genre de commentaire arrive souvent. Ces affirmations infantilisantes ont tendance à provenir notamment d'individus blancs et non de la part de non-Blancs. Pour les Blancs, comprendre l'insulte peut être difficile parce qu'ils n'ont peut-être jamais été destinataires d'une telle affirmation. Par conséquent, ces types de microagression pourraient affecter la relation thérapeutique de manière négative. Pendant la thérapie, Cassandra est restée sur ses gardes et n'a pas partagé grand-chose parce qu'elle craignait d'être jugée par sa psychologue. Elle avait l'impression de devoir se soumettre aux normes culturelles et aux attentes de cette dernière pour se sentir acceptée. De plus, cela crée une hypervigilance chez les patients noirs qui finit par générer une fatigue et engendre l'abandon des soins.

Compétence culturelle en soins cliniques

La compétence culturelle dans les programmes de formation

Les programmes de formation en psychologie, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des psychothérapeutes et autres professionnels de la santé mentale sont régis par des politiques et ces politiques doivent également être soigneusement examinées pour détecter les préjugés institutionnels et les politiques aversives ou militarisées (Jarvis et al., 2023). La prise de conscience que la prochaine génération de thérapeutes majoritairement blancs doit être capable de traiter des clients de toutes origines culturelles et raciales a entraîné l'introduction d'exigences de compétence culturelle dans leur formation à différents niveaux. La compétence culturelle est actuellement considérée comme une « compétence distincte » différenciée de la compétence générale du clinicien. Selon l'Association des psychiatres du Canada, la plupart des programmes de résidence en psychiatrie au Canada offrent peu d'expositions à la psychiatrie culturelle (Kirmayer et al., 2021). Cela indique que les organismes de réglementation au Canada n'ont pas établi de lignes directrices précises pour la formation ou la pratique clinique en soins de santé mentale qui tiennent compte de la culture. En 1996 la Société canadienne de psychologie a publié un ensemble de lignes directrices élaborées pour encourager les pratiques non discriminatoires qui ont été mises à jour en 2001 et en 2017. Ces lignes directrices suggèrent que la compétence nécessite l'autosurveillance de ses valeurs, de ses connaissances, de ses préjugés et de sa socialisation. Elles abordent également la reconnaissance de la valeur inhérente de chaque être humain, l'oppression dans la société, la conscience culturelle de soi et les différences de pouvoir, le respect de la dignité humaine et des peuples, la non-discrimination, ainsi que des soins responsables (Canadian Psychological Association, 2001, 2017). Cependant, il reste encore beaucoup de progrès à faire. La plupart des thérapeutes

blancs en formation ont appris à éviter les discussions sur la race et à ignorer la race et le racisme; ces habitudes culturelles doivent être désappries dans le processus d'acquisition de la compétence culturelle (Students for Systemic Transformation and Equity in Psychology, 2020; M. T. Williams et al., 2022).

Les programmes de formation en psychologie pourraient accroître la représentation au sein de leur corps étudiant afin d'inclure davantage de personnes racialisées (Sarr et al., 2022). Ce type de diversité enrichirait les expériences de formation et garantirait qu'il y ait suffisamment de psychologues au Canada qui pourraient travailler de manière compétente avec les communautés racialisées et minoritaires (Canadian Psychological Association, 2020). Cela suggère également que de nombreux cliniciens n'ont jamais reçu de formation sur la façon de travailler de manière culturellement informée et ont peut-être traité les personnes de couleur selon une approche « aveugle sur les enjeux raciaux et ethniques » pendant des décennies. Notamment, dans la majorité des programmes d'études supérieures en psychologie clinique au Canada, les cours sur les approches multiculturelles ne sont toujours pas rendus obligatoires. De nombreux étudiants obtiendront leur diplôme sans aucune formation sur les approches culturellement informées. De plus, dans les situations où la compétence culturelle fait partie du programme d'études, il semble également y avoir un manque de normalisation parmi les praticiens.

Ces considérations valent pour toutes les professions de la santé mentale, incluant les travailleurs sociaux, les psychothérapeutes, les conseillers (counselors), entre autres. Pour exemple, une étude réalisée en Ontario a montré que seulement 48% des programmes universitaires en travail social contenaient un cours obligatoire lié à la culture (Cénat et al., 2020). Pourtant la province de l'Ontario selon le recensement de 2016 comprenait une population avec 150 origines culturelles différentes, alors que les travailleuses et travailleurs sociaux interviennent dans la protection de l'enfance et prennent des décisions importantes sur la vie des enfants et des familles racialisées.

L'Humilité culturelle

Les cliniciens qui sont des produits du conditionnement culturel occidental peuvent être enclins à se livrer à des microagressions raciales contre des patients de couleur au cours de leur pratique ordinaire, tout en transmettant aux clients de couleur, sans le savoir, des préjugés et des valeurs profondément enracinées de manière qui signifie une animosité raciale (Lee et al., 2018). Les fournisseurs formés aux modèles occidentaux de prestation de services favorisent la culture dominante et peuvent adopter des préjugés qui mènent à des comportements discriminatoires (Beaudoin-Julien et al., 2022; Tissières & Krymko-Bleton, 2018; Weng & Gray, 2020). Ainsi, l'alliance thérapeutique peut être affaiblie ou mener à l'arrêt du traitement lorsque les patients de couleur perçoivent les cliniciens comme insensibles, préjugés ou peu susceptibles de comprendre leurs expériences racialisées et leur vision culturelle du monde. Des modèles de formation mettant l'accent sur les compétences multiculturelles ont ainsi été développés pour renforcer cette relation thérapeutique et élargir l'idée d'une psychothérapie culturellement imprégnée (Collins & Arthur, 2010).

Un aspect important de la compétence culturelle est la capacité du clinicien à réfléchir aux contributions culturelles dans chaque intervention clinique à travers ses propres hypothèses et sa propre

vision du monde (Sandeem et al., 2018). Bien que les définitions de la compétence culturelle diffèrent, les chercheurs s'entendent souvent sur les composantes qui sont la conscience de soi, les connaissances et les compétences/les pratiques. Par conséquent, développer une compréhension de soi en tant qu'être culturel qui n'est pas à l'abri de réactions biaisées envers les autres, à la fois similaires et différents de soi, est une étape critique pour devenir plus sensible aux préoccupations culturelles. Au Canada, il y a environ 11 millions de personnes racialisées et autochtones, ce qui signifie qu'elles représentent environ 30% de tous les Canadiens (Statistics Canada, 2017a, 2017b). Environ 15% des Autochtones parlent le français, tandis que 16% des francophones de l'Ontario s'identifient en tant que minorités visibles (Government d'Ontario, 2021; Statistics Canada, 2011). Cela souligne davantage l'importance et la nécessité de disposer de praticiens culturellement compétents. À mesure que les populations évoluent, les systèmes médicaux en place doivent également s'adapter en conséquence, ce qui inclut la nécessité que les cliniciens soient culturellement informés dans leurs pratiques médicales et de santé mentale.

L'une des façons dont les cliniciens peuvent mieux servir leurs patients de couleur est d'obtenir une compréhension initiale de leurs antécédents culturels et de leurs expériences passées de microagressions. Il est probable que les clients ont déjà subi de nombreuses microagressions en milieu clinique, ce qui peut façonner leurs attentes. Les cliniciens devraient également tenir compte de l'importance des aspects intersectionnels de leur propre identité et de l'impact que cela peut avoir sur la compréhension des expériences de leurs patients dans le monde (Cole, 2009; PettyJohn et al., 2020; D. W. Sue, 2001). Les cliniciens doivent connaître leur propre héritage racial et culturel et comprendre comment ce contexte peut affecter leurs préjugés professionnels et personnels ainsi que leur perception de la normalité et de l'anormalité. De plus, ils doivent comprendre comment cela peut influencer le processus de traitement ou de psychothérapie (France et al., 2021). Certaines identités culturelles comportent des implications plus importantes que d'autres en termes d'expériences probables dans la culture au sens large.

Constantine (2007) a constaté que les psychothérapeutes perçus par les clients comme ayant des niveaux plus élevés de compétence générale et multiculturelle étaient moins susceptibles de perpétrer des microagressions raciales durant une thérapie. Cependant, il est également noté qu'une caractéristique supplémentaire des cliniciens qui peut être importante pour la compréhension des microagressions raciales est leur propre orientation multiculturelle—en particulier leur sens de l'humilité culturelle.

L'humilité culturelle, en tant que complément aux approches axées sur les compétences, est définie comme « un processus d'ouverture, de conscience de soi, de dépossession d'ego et d'intégration de l'autoréflexion et de l'autocritique après avoir interagi avec divers individus de manière volontaire » (Hook et al., 2013, 2016). L'humilité culturelle est un concept de soins de santé mentale en évolution qui combine la responsabilité personnelle et institutionnelle pour former des cliniciens qui sont autocritiques et conscients des contextes culturels des clients issus de la diversité (Jisrawi & Arnold, 2018). Dans un contexte de traitement, l'humilité culturelle peut être illustrée par l'exemple d'un clinicien blanc demandant et faisant de la place à son patient de couleur pour exprimer sa perception de la relation thérapeutique partagée ou sollicitant ses réflexions sur les recommandations thérapeutiques.

Bien qu'il puisse y avoir une variété de dyades thérapeutiques qui se produisent pendant le traitement, il existe un différentiel de pouvoir inhérent entre un clinicien et un patient. Créer de l'espace pour qu'un patient de couleur puisse voir son expérience être reconnue peut créer une alliance thérapeutique plus forte. En utilisant l'humilité culturelle, les cliniciens auront davantage de possibilités de renforcer l'identité ethnique des patients et d'approfondir la relation patient-clinicien. Cela peut ensuite favoriser la réussite de la thérapie grâce à une meilleure compréhension des impressions diagnostiques et de la façon dont divers symptômes peuvent se manifester chez les patients de couleur. L'humilité culturelle reflète également une façon d'être, dans laquelle les cliniciens maintiennent une perspective orientée vers l'autre qui implique le respect, le manque de supériorité et l'écoute profonde vis-à-vis de l'héritage culturel des patients (Hook et al., 2013). L'humilité culturelle est un processus continu de critique de sa propre culture tout en s'efforçant de comprendre les autres, de reconnaître et d'ajuster les déséquilibres de pouvoir et de contribuer à une relation mutuellement bénéfique et non oppressive (Cleaver et al., 2016). Il incombe aux cliniciens d'adopter cette perspective orientée vers l'autre, désintéressée et humble, qui peut finalement aider les patients à atteindre leurs objectifs thérapeutiques (Owen et al., 2014). Personne ne peut acquérir une compétence culturelle complète dans une culture dans laquelle elle n'est pas née ou n'a pas grandi, mais elle peut en apprendre suffisamment pour minimiser les préjugés afin de pouvoir être efficace dans la lutte contre les problèmes de santé mentale. L'acquisition de l'humilité culturelle permet également au clinicien de reconnaître ses limites et de s'enquérir du point de vue de son patient de ses symptômes et des solutions à envisager, selon une approche collaborative (Rousseau et al., 2022).

En raison d'un manque de formation en compétences culturelles ainsi que de la démographie majoritairement blanche de la plupart des programmes d'éducation, de nombreux cliniciens n'ont pas beaucoup d'expérience avec les dialogues interraciaux; par conséquent, on ne peut pas s'attendre à ce qu'une telle conversation initiale se déroule sans heurts. En effet, le racisme, bien qu'il soit maintenant reconnu comme traumatisant, est demeuré un angle mort à bien des égards dans la formation clinique (Cénat, 2023; Dahmer, 2021; Gosteli, 2021).

La pratique peut être nécessaire pour devenir compétente. Il est également important de se rappeler que l'identification avec les patients est importante pour former une alliance, mais nous ne devons pas simplifier à l'excès nos expériences aussi fondamentalement similaires dans les cas d'origines culturelles, raciales et ethniques partagées; certaines différences créent des opportunités de croissance pour les patients (Cabral & Smith, 2011).

Les cliniciens en santé mentale doivent être à l'écoute des questions de racisme et tenir compte des facteurs culturels qui ont un impact sur l'efficacité des pratiques professionnelles. Une publication récente, qui contient des exercices pratiques allant de leçons simples et passant à des exercices plus difficiles, a été publiée dans l'*American Psychologist* et peut être utilisée comme guide (M. T. Williams et al., 2022).

De plus, Cénat et ses collègues du Laboratoire de recherche sur la vulnérabilité, le trauma, la résilience et la culture de l'Université d'Ottawa ont créé un programme de formation en ligne pour aider les professionnels de la santé mentale à répondre aux besoins réels des personnes et des communautés de couleur, tant au Canada qu'à l'étranger. La formation intégrative et trans théorique aborde

l'ensemble des pratiques en santé mentale, y compris l'évaluation, la psychothérapie, la gestion des médicaments et les interventions pour les familles, les jeunes et les enfants (Cénat, 2020).

L'identité comme facteur de protection contre la discrimination

Un aspect important de la compétence multiculturelle est la compréhension et l'appréciation du rôle de l'identité ethnique en tant que facteur de protection contre la psychopathologie. L'identité ethnique peut être définie comme un sentiment d'appartenance fondée sur l'ascendance, le patrimoine culturel, les valeurs, les traditions, les rituels et, souvent, la langue et la religion (Chapman et al., 2013; Tikhonov et al., 2019). L'identité ethnique est un concept multidimensionnel lié à l'orientation d'une personne envers son groupe ethnique (Costigan et al., 2010). Barden and Greene (2014) ont examiné le rôle de l'identité dans la présentation des symptômes chez les personnes blanches et noires souffrant d'anxiété et de dépression. Les personnes noires ont signalé des niveaux de dépression significativement plus importants, d'anxiété-état plus négatif et des niveaux plus élevés d'identification ethnique par rapport aux patients blancs. De plus, chez les participants noirs, un niveau plus élevé d'identification ethnique plus élevé était corrélé à une réduction de l'anxiété et de la dépression, alors que ce n'était pas le cas pour les participants blancs. Les résultats appuient la proposition selon laquelle une identité ethnique forte et positive peut jouer un rôle de protection contre les expériences discriminatoires et promouvoir le bien-être psychologique chez les personnes noires (M. T. Williams et al., 2012). Une étude a examiné le rôle de l'identité ethnique, de la réussite et de l'adaptation psychologique chez les jeunes issus de familles d'immigrants chinois au Canada, concluant qu'un niveau d'identité ethnique plus élevé était associé à un rendement et une estime de soi supérieurs, et à des niveaux inférieurs à la moyenne de symptômes dépressifs (Costigan et al., 2010).

Une étude de Chapman et al. (2013) a révélé que les Afro-Américains ayant des niveaux inférieurs d'identification ethnique éprouvaient un peu plus d'anxiété cognitive et somatique, d'état anxieux et de dépression. Ces résultats sont cohérents avec les études précédentes montrant que des niveaux plus élevés d'identification ethnique parmi certains groupes d'Afro-Américains sont associés à moins de symptômes d'anxiété et de dépression, et à une moindre détresse psychologique globale (Walker et al., 2008; Yip et al., 2006). Les cliniciens devraient chercher des occasions pour affirmer et renforcer l'identité ethnique des clients, surtout si ces derniers montrent des signes de racisme intériorisé. Enfin, les cliniciens doivent comprendre le développement de leur propre identité raciale et son incidence sur le processus psychothérapeutique, tel que la capacité d'établir des relations, de développer une alliance de travail et, dans l'ensemble, d'être culturellement empathiques.

Évaluation des microagressions et des constructions connexes

Les cliniciens peuvent utiliser des mesures validées pour identifier et comprendre le rôle des microagressions par rapport à la santé mentale de leurs clients de couleur. L'ensemble des mesures citées sont disponibles en version française auprès de l'auteur correspondant.

Enquête sur le Stress et le Traumatisme d'Origine Racial/Ethnique

Une entrevue clinique pour aider à comprendre les microagressions et autres formes de racisme vécues par les patients est l'ESTRE (M. T. Williams, Metzger, et al., 2018). Elle guide les cliniciens à poser les questions délicates aux clients à propos de leurs expériences entourant la race. L'ESTRE comprend des questions pour évaluer le développement de l'identité ethnoraciale, une entrevue semi-structurée pour sonder une variété d'expériences liées au racisme, y compris les microagressions, et une liste de contrôle pour aider à déterminer si la détresse raciale de la personne répond aux critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* pour le Trouble de stress post-traumatique. Le format de l'ESTRE est calqué sur L'Entretien de Formulation Culturelle du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* (American Psychiatric Association, 2013). Malheureusement, ni la EFC ni ses modules supplémentaires n'examinent le racisme ou la discrimination. Par conséquent, il est important que les cliniciens aient également accès à une entrevue telle que l'ESTRE spécialement conçue pour l'évaluation de la discrimination et son impact. L'entretien est disponible en anglais et en espagnol (M. T. Williams et al., 2017), et a récemment été traduit en français.

L'Échelle des microagressions raciales (Torres-Harding et al., 2012) est une échelle de 32 items qui peut quantifier la fréquence des microagressions. Des analyses factorielles exploratoires et confirmatrices ont été utilisées pour évaluer la dimensionnalité et six facteurs (catégories de microagressions) ont été identifiés et inclus dans l'échelle totale. Ceux-ci correspondent partiellement à la taxonomie de D. W. Sue et al. (2007) et comprennent des items sur (a) le sentiment d'être invisible en raison de la race, (b) les présomptions de criminalité par les autres, (c) l'érotisation, (d) le fait d'avoir de faibles résultats ou de faire partie d'une culture indésirable, (e) d'être un étranger ou de ne pas appartenir, et (f) les omissions environnementales. Le questionnaire inclut des propositions telles que, « Certaines personnes suggèrent que mon héritage racial est dysfonctionnel ou indésirable, » et « Parfois, j'ai l'impression que les gens voient à travers moi ou ne me perçoivent pas comme une vraie personne à cause de ma race. » Pour chaque item, on demande aux répondants d'indiquer combien de fois ils ont été confrontés à une microagression raciale particulière sur une échelle de Likert à 4 points. (0 = « Jamais », 1 = « Un Peu/Pas Souvent », 2 = « Des fois/d'une manière modérée », 3 = « Souvent/d'une manière fréquente »). La version anglaise du EMR s'est avérée posséder de bonnes propriétés psychométriques et la version française est en cours de validation.

L'Échelle de discrimination raciale quotidienne (D. R. Williams et al., 1997)

Cette échelle évalue les expériences quotidiennes de discrimination en fonction de la race, du sexe, de l'âge et d'autres facteurs. L'Échelle de discrimination raciale quotidienne mesure la fréquence et les sources de la discrimination quotidienne (p. ex. « Vous êtes traité avec moins de courtoisie ou de respect que les autres », « Les gens agissent comme si vous n'étiez pas intelligent »). Le questionnaire à five items offre des scores de 0 à 6, sur une échelle de 6 points (6 = Presque tous les jours, 5 = Au moins une

fois par semaine, 4 = Quelques fois par mois, 3 = Quelques fois par année, 2 = Moins d'une fois dans l'année, et 1 = Jamais). Un score plus élevé révèle une fréquence plus élevée de discrimination perçue. Cette évaluation a été traduite en français par Cénat et al. (2022).

Échelle de symptômes de traumatisme causés par la discrimination (M. T. Williams, Printz, & DeLapp, 2018)

Cette autoévaluation de la détresse discriminatoire mesure les symptômes de traumatisme liés à l'anxiété à travers quatre dimensions (a) l'hyperexcitation incontrôlable, (b) les sentiments d'aliénation, (c) les inquiétudes au sujet d'événements négatifs futurs, et (d) la perception des autres comme étant dangereux. La Échelle de symptômes de traumatisme causés par la discrimination est constitué de 21 items et prédit de façon significative les symptômes de traumatisme, même en tenant compte des expériences traumatiques antérieures. La deuxième partie de l'échelle permet aux clients d'identifier les types de discrimination qu'ils ont subis, y compris la race, le sexe, l'orientation sexuelle, la classe socioéconomique, la religion, l'âge et le handicap, et à ce titre, elle est utile pour saisir la détresse intersectionnelle. La version anglaise a de bonnes propriétés psychométriques, et la version française est en cours de validation.

Echelle générale de discrimination ethnique (Landrine et al., 2006)

L'Echelle générale de discrimination ethnique est un questionnaire de 18 items qui mesure la discrimination ethnique perçue dans le cadre de la recherche sur la santé individuelle et communautaire. Il peut être utilisé avec tous les groupes ethniques. Il utilise une échelle de niveau de lecture de 5e année, prend 10 min à être rempli et la version anglaise a démontré une validité psychométrique suffisante.

Inventaire des agressions manifestes et cachées (Miyazaki et al., 2003)

L'Inventaire des agressions manifestes et cachées a été développé à l'origine au Japon pour tenir compte du fait que dans la culture japonaise la colère peut se manifester différemment que chez d'autres groupes culturels. Le questionnaire de 10 questions mesure à la fois l'hostilité ouverte et cachée. Les items sont notés sur une échelle de cinq points allant de « Jamais » à « Toujours ».

Inventaire des microagressions contre l'individu Noir (Mercer et al., 2011)

Cet inventaire examine les expériences quotidiennes courantes de microagressions chez les personnes noires. Plus précisément, il évalue la fréquence des microinsultes (le dénigrement de l'héritage racial) et micro-assauts (les déclarations explicitement désobligeantes sur le plan racial). Le questionnaire de 14 items est noté sur une échelle de 5 points allant de (« Ceci ne m'est jamais arrivé » à « Ceci m'est arrivé et j'étais extrêmement dérangé. e. »). Les participants sont invités à indiquer combien de fois ils ont été confrontés à des expériences communes d'insultes raciales (p. ex., « Quelqu'un m'a fait sentir que mes accomplissements étaient principalement dus à un traitement préférentiel basé sur ma couleur de peau/race/origine

ethnique. » et « J'ai été traité, e comme si j'étais potentiellement criminel en raison de ma couleur de peau/race/origine ethnique ». Cette mesure a été traduite en français par Cénat et al. (2021).

L'Échelle de traumatisme racial (M. T. Williams et al., 2022) se veut un instrument valide pour les milieux cliniques ou de recherche afin de mesurer les symptômes de traumatismes raciaux chez les personnes de couleur. L'objectif ultime de l'échelle est d'identifier les traumatismes raciaux pour aider à améliorer la santé mentale des groupes culturels faisant face à la discrimination. Les auteurs recueillent actuellement des données en anglais et en français, afin d'étendre leur validité à la population canadienne. L'Échelle de traumatisme racial offre à la fois une échelle de 30 items et une échelle abrégée de nine items qui traitent du manque de sécurité, des cognitions négatives et des difficultés à faire face. Les scores totaux pour l'Échelle de traumatisme racial à 30 items vont de 30 à 120 et de 9 à 36 pour la version courte de recherche.

Ce ne sont là que quelques-unes des échelles populaires disponibles. Il y en a d'autres pour des groupes ethniques et raciaux spécifiques. Les cliniciens peuvent évaluer la présence de microagressions pendant les sessions de psychothérapie afin d'identifier toute rupture dans l'alliance thérapeutique et fournir des expériences culturelles correctives si elles sont identifiées et traitées de manière appropriée (Gaztambide, 2012).

Conclusion et orientations futures

La discrimination raciale est associée à des résultats négatifs en matière de santé mentale et parfois les cliniciens peuvent contribuer au problème en commettant des microagressions contre les patients. Bien que la communauté de la santé mentale soit éthiquement tenue de maintenir la compétence culturelle lorsqu'elle traite des personnes de toutes origines raciales et ethniques, beaucoup ont reçu une éducation inadéquate sur les enjeux raciaux et ethniques, les privilèges de certains groupes et la discrimination. De plus, les cliniciens peuvent ne pas être conscients de leurs propres préjugés, ne pas utiliser de mesures d'évaluation culturelle ou ne pas apprécier comment la psychopathologie est exprimée chez de nombreuses personnes de couleur—et la manière dont elle s'écarte souvent des expressions eurocentriques « traditionnelles » (Chapman et al., 2014). De plus, de nombreux cliniciens soulignent que les interprétations de la santé mentale sont enracinées dans la culture et que la façon dont les troubles psychologiques sont étiquetés est soumise à des biais culturels (Wylie et al., 2018). Ces fournisseurs de soins de santé mentale expliquent également « qu'avec certaines cultures, il serait facile, par exemple, de suggérer que cette personne souffre peut-être d'une forme de psychose, alors qu'en fait, culturellement, il peut être très acceptable d'avoir cette pensée ou ce processus de pensée particulier » (Wylie et al., 2018).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, dans les situations où la compétence culturelle fait partie du programme d'études, il semble y avoir un manque de normalisation dans tous les programmes d'études en santé mentale. Par exemple, l'éducation à la diversité culturelle est une composante obligatoire du programme d'études dans toutes les facultés de médecine accréditées en Amérique du Nord, mais chaque école de médecine détermine son propre contenu et ses propres approches pédagogiques (Gustafson & Reitmanova, 2010). D'après la pléthore de recherches établissant un lien entre les microagressions et les préjugés physiques et psychologiques (Lui & Quezada, 2019), comme mentionné

précédemment, les microagressions raciales ont des effets comportementaux, psychologiques et sociaux négatifs et cumulatifs. (Houshmand et al., 2017).

Il y a un besoin urgent d'une sensibilité accrue dans les pratiques cliniques (M. T. Williams et al., 2022). Les autorités de santé publique et les professionnels de la santé doivent lutter contre la discrimination des groupes racialisés et veiller à ce que des services de santé mentale adaptés à leur culture leur soient facilement accessibles (Miconi et al., 2020).

Des cliniciens culturellement informés peuvent aider les patients à relever les défis liés à leur race et à leur origine ethnique. En tant que telle, la compétence culturelle devrait être priorisée et intégrée dans tous les programmes d'études en médecine et dans les domaines d'études adjacents (psychothérapie, travail social, etc.). La formation multiculturelle peut favoriser l'auto-exploration et la découverte de soi chez les cliniciens, menant à une meilleure compréhension de leur propre culture et les rendant plus sensibles à la culture au sens large (Chao, 2012).

Dans ce contexte, il faut déployer davantage d'efforts pour accroître la sensibilisation et les connaissances sur la façon dont les cliniciens peuvent éviter de commettre des microagressions et mieux comprendre les expériences de leurs patients. Bien que davantage de mesures soient en train d'être prises pour créer des moyens d'évaluer la présence de compétence culturelle, cela ne suffit pas à prévenir les formes plus subtiles de racisme, telles que les microagressions. Peut-être que ces outils peuvent non seulement aider les cliniciens à comprendre les expériences de microagressions de leurs clients, mais aussi à les sensibiliser eux-mêmes et à mettre fin au lien entre les microagressions et la santé mentale (M. T. Williams, 2020).

De plus, la recherche démontre que les microagressions ont des effets dévastateurs sur l'alliance thérapeutique et les résultats positifs des soins en santé mentale (Constantine, 2007; Owen et al., 2014). Compte tenu de la croissance et de l'évolution constantes de la population canadienne, il est important que tous les cliniciens comprennent les microagressions et travaillent pour les prévenir.

Abstract

This article is intended to raise awareness among psychologists, psychiatrists, psychotherapists, social workers, and other mental health care professionals about the problem of racial microaggressions in clinical settings. Racial microaggressions are subtle or covert forms of racism, often unintentional, directed toward people of colour. Microaggressions may be actions, comments, or even things in the environment. Regardless of the intention, racial microaggressions are a harmful form of racism. Microaggressions have been linked to a number of mental health problems in patients, and when committed by clinicians, they can further compound problems by creating a barrier to treatment. Patients experiencing microaggressions from providers may be less engaged, less amenable to treatment recommendations, and less likely to return for follow-up care. As such, this may account for patterns of underutilization and premature termination of mental health care for people of colour. In addition to describing microaggressions and their underlying mechanisms, this article provides examples from clinical practice to better help health care professionals eliminate microaggressions in clinical settings. Also included are measures to

evaluate the frequency and impact of racial microaggressions on patients of colour which are available in French.

Keywords: Race, Racism, Ethnic identity, Microaggression, Cultural competence

References

- American Psychiatric Association. (2013). *APA resource document: Resource document on cultural psychiatry as a specific field of study relevant to the assessment and care of all patients*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/resource_documents/rd2013_CulturalPsychiatry.pdf
- Anderson, K. N., Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2019). Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 104–114. <https://doi.org/10.1037/ort0000342>
- Barden, S. M., & Greene, J. H. (2014). An investigation of multicultural counseling competence and multicultural counseling self-efficacy for counselors-in-training. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 37(1), 41–53. <https://doi.org/10.1007/s10447-014-9224-1>
- Beagan, B. L., Mohamed, T., Brooks, K., Waterfield, B., & Weinberg, M. (2021). Microaggressions experienced by LGBTQ academics in Canada: “just not fitting in... it does take a toll.” *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 34(3), 197–212. <https://doi.org/10.1080/09518398.2020.1735556>
- Beaudoin-Julien, A. A., Demers, V., & Leanza, Y. (2022). Sensibiliser à la diversité: la formation aux enjeux interculturels dans les programmes universitaires en relation d’aide au Québec [Raising awareness of diversity: Training in intercultural issues in university counselling programs in Quebec]. *Canadian Journal of Education/Revue Canadienne de l'éducation*, 45(2), 280–314. <https://doi.org/10.53967/cje-rce.v45i2.4753>
- Cabral, R. R., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537–554. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Canadian Psychological Association. (2001). Guidelines for non-discriminatory practice. *Canadian Code of Ethics for Psychologist*. <https://cpa.ca/cpa/site/UserFiles/Documents/publications/NonDiscPractrev%20cpa.pdf>
- Canadian Psychological Association. (2017). *Lignes Directrices Pour la Pratique à L'Intention des Fournisseurs de Services Psychologiques*. https://cpa.ca/docs/File/Ethics/LD_Pratique_2017_FR.pdf
- Canadian Psychological Association. (2020). *Canadian Psychological Association (CPA) statement on racism*. <https://cpa.ca/docs/File/Press%20Release/PressRelease-CPA%20Statement%20Against%20Racism%20Toward%20Black%20People.pdf>
- Cénat, J. M. (2020). How to provide anti-racist mental health care. *The Lancet: Psychiatry*, 7(11), 929–931. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30309-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30309-6)
- Cénat, J. M. (2023). Complex racial trauma: Evidence, theory, assessment, and treatment. *Perspectives on Psychological Science*, 18(3), 675–687. <https://doi.org/10.1177/17456916221120428>
- Cénat, J. M., Hajizadeh, S., Dalexis, R. D., Ndengeyingoma, A., Guerrier, M., & Kogan, C. (2022). Prevalence and effects of daily and major experiences of racial discrimination and microaggressions among Black individuals in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17–18), NP16750–NP16778. <https://doi.org/10.1177/08862605211023493>
- Cénat, J. M., Kogan, C., Noorishad, P. G., Hajizadeh, S., Dalexis, R. D., Ndengeyingoma, A., & Guerrier, M. (2021). Prevalence and correlates of depression among Black individuals in Canada: The major role of everyday racial discrimination. *Depression and Anxiety*, 38(9), 886–895. <https://doi.org/10.1002/da.23158>
- Cénat, J. M., Noorishad, P. G., Czechowski, K., McIntee, S. E., & Mukunzi, J. N. (2020). Racial disparities in child welfare in Ontario (Canada) and training on ethnocultural diversity: An innovative mixed-methods study. *Child Abuse & Neglect*, 108, Article 104659. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104659>
- Chao, R. C. (2012). Racial/ethnic identity, gender-role attitudes, and multicultural counseling competence: The role of multicultural counseling training. *Journal of Counseling and Development*, 90(1), 35–44. <https://doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00006.x>
- Chapman, L. K., DeLapp, R. C. T., & Williams, M. T. (2013). Cognitive-behavioral treatment of social anxiety among ethnic minority patients, part 2: Bridging the gap in treatment. *Directions in Psychiatry*, 33(3), 163–176.
- Chapman, L. K., DeLapp, R. C. T., & Williams, M. T. (2014). Impact of race, ethnicity, and culture on the expression and assessment of psychopathology. In D. C. Beidel, B. C. Frueh, & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 131–162). Wiley.
- Chou, F., Costigan, C., & Yan, M. (2020). A primer on Chinese Canadian mental health and COVID-19 racism. *BC Psychologist*, 9(3), 8–12. <https://www.growthandsolidarity.ca/wp-content/uploads/2021/04/Chou-Yan-Costigan-2020-Primer-on-Chinese-Canadian-Mental-Health.pdf>
- Clark, D. A., Kleiman, S., Spanierman, L. B., Isaac, P., & Poolokasingham, G. (2014). “Do you live in a teepee?” Aboriginal students’ experiences with racial microaggressions in Canada. *Journal of Diversity in Higher Education*, 7(2), 112–125. <https://doi.org/10.1037/a0036573>
- Cleaver, S. R., Carvajal, J. K., & Sheppard, P. S. (2016). Cultural humility: A way of thinking to inform practice globally. *Physiotherapy Canada/Physiotherapie Canada*, 68(1), 1–4. <https://doi.org/10.3138/ptc.68.1.GEE>
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Collins, S., & Arthur, N. (2010). Culture-infused counselling: A model for developing multicultural competence. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(2), 217–233. <https://doi.org/10.1080/09515071003798212>
- Constantine, M. G. (2007). Racial microaggressions against African American clients in cross-racial counseling relationships. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 1–16. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.1>
- Costigan, C. L., Koryzma, C. M., Hua, J. M., Chance, L. J., & Zárate, M. A. (2010). Ethnic identity, achievement, and psychological adjustment: Examining risk and resilience among youth from immigrant Chinese families in Canada. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 16(2), 264–273. <https://doi.org/10.1037/a0017275>
- Dahmer, L. (2021). Le racisme est resté jusqu’à aujourd’hui un angle mort dans la psychothérapie. à jour! [Racism has remained a blind spot in psychotherapy until today. up to date!] *Psychotherapie-Berufsentwicklung*, 1, 67–70. <https://www.a-jour-psychotherapie-berufsentwicklung.ch/index.php/psyber/article/download/3325/4861>
- Dean, M. A., Victor, E., & Guidry-Grimes, L. (2016). Inhospitable healthcare spaces: Why diversity training on LGBTQIA issues is not enough. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(4), 557–570. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9738-9>
- France, H., Rodríguez, M. C., & Hett, G. (2021). *Diversity, culture and counselling: A Canadian perspective* (3e éd.). Brush Education.
- Gaztambide, D. J. (2012). Addressing cultural impasses with rupture resolution strategies: A proposal and recommendations. *Professional Psychology, Research and Practice*, 43(3), 183–189. <https://doi.org/10.1037/a0026911>
- Gosteli, D. A. (2021). La reconnaissance du racisme comme un traumatisme. à jour! [Recognizing racism as trauma. up to date!] *Psychotherapie-Berufsentwicklung*, 1, 63–66. <https://www.a-jour-asp.ch/index.php/psyber/article/download/3324/4859>
- Government d’Ontario. (2021, Juillet 29). *Profile of the Francophone population in Ontario—2016*. <https://www.ontario.ca/page/profile-franco-phone-population-ontario-2016>

- Grace, S. L., Tan, Y., Cribbie, R. A., Nguyen, H., Ritvo, P., & Irvine, J. (2016). The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care. *BMC Psychiatry*, *16*, Article 47. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0759-z>
- Gustafson, D. L., & Reitmanova, S. (2010). How are we 'doing' cultural diversity? A look across English Canadian undergraduate medical school programmes. *Medical Teacher*, *32*(10), 816–823. <https://doi.org/10.3109/01421590903394595>
- Haeny, A. M., Holmes, S. C., & Williams, M. T. (2021). The need for shared nomenclature on racism and related terminology in psychology. *Perspectives on Psychological Science*, *16*(5), 886–892. <https://doi.org/10.1177/17456916211000760>
- Herd, P., & Moynihan, D. P. (2018). *Administrative burden: Policymaking by other means*. Sage Publications. <https://doi.org/10.7758/9781610448789>
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(3), 353–366. <https://doi.org/10.1037/a0032595>
- Hook, J. N., Farrell, J. E., Davis, D. E., DeBlare, C., Van Tongeren, D. R., & Utsey, S. O. (2016). Cultural humility and racial microaggressions in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(3), 269–277. <https://doi.org/10.1037/cou0000114>
- Houshmand, S., Spanierman, L. B., & De Stefano, J. (2017). Racial microaggressions: A primer with implications for counseling practice. *International Journal for the Advancement of Counseling*, *39*(3), 203–216. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9292-0>
- Jarvis, G. E., Andermann, L., Ayonrinde, O. A., Beder, M., Cénat, J. M., Ben-Cheikh, I., Fung, K., Gajaria, A., Gómez-Carrillo, A., Guzder, J., Hanafi, S., Kassam, A., Kronick, R., Lashley, M., Lewis-Fernández, R., McMahon, A., Measham, T., Nadeau, L., Rousseau, C., ... Kirmayer, L. J. (2023). Taking action on racism and structural violence in psychiatric training and clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, *68*(10), 780–808. <https://doi.org/10.1177/07067437231166985>
- Jisrawi, A. N., & Arnold, C. (2018). Cultural humility and mental health care in Canadian Muslim communities. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *52*(1), 43–64. <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/61133>
- Kafele, K. (2004). *Racial Discrimination and mental health: Racialized and aboriginal communities*. Ontario Human Rights Commission. <https://www.ohrc.on.ca/en/race-policy-dialogue-papers/racial-discrimination-and-mental-health-racialized-and-aboriginal-communities>
- Kirmayer, L. J. (2014). Critical psychiatry in Canada. In R. Moodley & M. Ocampo (Eds.), *Critical psychiatry and mental health: Exploring the work of Suman Fernando in clinical practice* (pp. 170–181). Routledge.
- Kirmayer, L. J., Fung, K., Rousseau, C., Lo, H. T., Menzies, P., Guzder, J., Ganesan, S., Andermann, L., & McKenzie, K. (2021). Guidelines for training in cultural psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, *66*(2), 195–246. <https://doi.org/10.1177/0706743720907505>
- Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C. (Eds.). (2014). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_13
- Knight, S., Jarvis, G. E., Ryder, A. G., Lashley, M., & Rousseau, C. (2022). Ethnoracial differences in coercive referral and intervention among patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services*, *73*(1), 2–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000715>
- Kogan, C. S., Noorishad, P. G., Ndengeyingoma, A., Guerrier, M., & Cénat, J. M. (2022). Prevalence and correlates of anxiety symptoms among Black people in Canada: A significant role for everyday racial discrimination and racial microaggressions. *Journal of Affective Disorders*, *308*, 545–553. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.110>
- Landrine, H., Klonoff, E. A., Corral, I., Fernandez, S., & Roesch, S. (2006). Conceptualizing and measuring ethnic discrimination in health research. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(1), 79–94. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9029-0>
- Lee, E., Tsang, A. K. T., Bogo, M., Johnstone, M., & Herschman, J. (2018). Enactments of racial microaggression in everyday therapeutic encounters. *Smith College Studies in Social Work*, *88*(3), 211–236. <https://doi.org/10.1080/00377317.2018.1476646>
- Lui, P. P., & Quezada, L. (2019). Associations between microaggression and adjustment outcomes: A meta-analytic and narrative review. *Psychological Bulletin*, *145*(1), 45–78. <https://doi.org/10.1037/bul0000172>
- Mercer, S. H., Zeigler-Hill, V., Wallace, M., & Hayes, D. M. (2011). Development and initial validation of the inventory of Microaggressions Against Black Individuals. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(4), 457–469. <https://doi.org/10.1037/a0024937>
- Miconi, D., Li, Z. Y., Frounfelker, R. L., Santavica, 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-19-related discrimination and stigma on mental health across ethno-cultural groups in Quebec (Canada). *BJPsych Open*, *7*(1), Article e14. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.146>
- Miyazaki, T., Shimizu, T., Komaki, G., Fujita, O., Tsuboi, H., Kobayahi, F., & Kawamura, N. (2003). Development of the overt-covert aggression inventory. *Psychological Reports*, *93*(1), 26–34. <https://doi.org/10.2466/pr0.2003.93.1.26>
- Moodley, R., & Ocampo, M. (Eds.). (2014). *Critical psychiatry and mental health: Exploring the work of Suman Fernando in clinical practice* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315780030>
- Ontario Human Rights Commission. (2012). *Mental health, addictions and intersecting Code grounds. Minds that matter; Report on the consultation on human rights, mental health addictions*. <https://www.ohrc.on.ca/en/search/site/Mental%20health%2C%20addictions%20and%20intersecting%20Code%20grounds>
- Owen, J. J., Drinane, J. M., Tao, K. W., DasGupta, D. R., Zhang, Y. S. D., & Adelson, J. (2018). An experimental test of microaggression detection in psychotherapy: Therapist multicultural orientation. *Professional Psychology, Research and Practice*, *49*(1), 9–21. <https://doi.org/10.1037/pro0000152>
- Owen, J. J., Jordan, T. I., II, Turner, D., Davis, D. E., Hook, J. N., & Leach, M. M. (2014). Clinicians' multicultural orientation: Client perceptions of cultural humility, spiritual/religious commitment, and therapy outcomes. *Journal of Psychology and Theology*, *42*(1), 91–98. <https://doi.org/10.1177/009164711404200110>
- PettyJohn, M. E., Tseng, C. F., & Blow, A. J. (2020). Therapeutic utility of discussing therapist/client intersectionality in treatment: When and how? *Family Process*, *59*(2), 313–327. <https://doi.org/10.1111/famp.12471>
- Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J. G., Avery Kinew, K., Kyoona Achan, G., & Katz, A. (2020). Confronting racism within the Canadian healthcare system: Systemic exclusion of first nations from quality and consistent care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), Article 8343. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228343>
- Pierce, C. (1970). Offensive mechanisms. In F. Barbour (Ed.), *The Black seventies* (pp. 265–282). Porter Sargent.
- Pierce, C. (1974). Psychiatric problems of the Black minority. In S. Aneti & G. Caplan (Eds.), *American handbook of psychiatry* (pp. 512–523). Basic Books.
- Rousseau, C., Gomez-Carrillo, A., & Cénat, J. M. (2022). Safe enough? Rethinking the concept of cultural safety in healthcare and training. *The British Journal of Psychiatry*, *221*(4), 587–588. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.102>
- Sandeen, E., Moore, K. M., & Swanda, R. M. (2018). Reflective local practice: A pragmatic framework for improving culturally competent practice in psychology. *Professional Psychology, Research and Practice*, *49*(2), 142–150. <https://doi.org/10.1037/pro0000183>
- Sarr, F., Knight, S., Strauss, D., Ouimet, A. J., Cénat, J. M., Williams, M. T., & Shaughnessy, K. (2022). Increasing the representation of Black, Indigenous, and People of Colour as students in psychology doctoral programmes. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *63*(4), 479–499. <https://doi.org/10.1037/cap0000339>

- Snowden, L. R., & Pingitore, D. (2002). Frequency and scope of mental health service delivery to African Americans in primary care. *Mental Health Services Research*, 4(3), 123–130. <https://doi.org/10.1023/a:1019709728333>
- Statistics Canada. (2011). Table 2 Percentage distribution of the population by knowledge of official languages for selected Aboriginal identity categories, Canada, 2011. *Archived Content*. <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/2011003/tbl/tbl02-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2017a). *Canada [Country] and Canada [Country]* (table). Census Profile. 2016 Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2016001. <https://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=Visible%20minority&TABID=1>
- Statistics Canada. (2017b). *Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census*. [Data visualization tool]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.htm?indid=14430-1&indgeo=0>
- Statistics Canada. (2019). *Diversity of the Black population in Canada: An overview*.
- Students for Systemic Transformation and Equity in Psychology. (2020). Time to SSTEP forward: Recommendations to promote anti-racist clinical practice. *Psynopsis*, 42(14), 14–15, 26. https://www.mentalhealthdisparities.org/docs/SSTEP_Psynopsis_Vol42-4_2020.pdf
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790–821. <https://doi.org/10.1177/001100001296002>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sue, D. W., & Spanierman, L. B. (2020). *Microaggressions in everyday life* (2nd ed.). Wiley.
- Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L. T., Takeuchi, D. T., & Zane, N. W. S. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 533–540. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.4.533>
- Terwilliger, J. M., Bach, N., Bryan, C., & Williams, M. T. (2013). Multicultural versus colorblind ideology: Implications for mental health and counseling. In A. Di Fabio (Ed.), *Psychology of counseling* (pp. 97–108). Nova Science Publishers.
- Tikhonov, A. A., Espinosa, A., Huynh, Q.-L., & Anglin, D. M. (2019). Bicultural identity harmony and American identity are associated with positive mental health in U.S. racial and ethnic minority immigrants. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 25(4), 494–504. <https://doi.org/10.1037/cdp0000268>
- Tissières, N., & Krymko-Bleton, I. (2018). Être psychologue et immigrant: Les enjeux de la clinique [Being an immigrant psychologist: Clinical issues]. *L'Autre: Cliniques, Cultures et Sociétés: Revue Transculturelle*, 19(1), 11–20. <https://doi.org/10.3917/autre.055.0011>
- Torres-Harding, S. R., Andrade, A. L., Jr., & Romero Diaz, C. E. (2012). The Racial Microaggressions Scale (RMAS): A new scale to measure experiences of racial microaggressions in people of color. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 18(2), 153–164. <https://doi.org/10.1037/a0027658>
- Walker, R. L., Wingate, L. R., Obasi, E. M., & Joiner, T. E. (2008). An empirical investigation of acculturative stress and ethnic identity as moderators for depression and suicidal ideation in college students. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14(1), 75–82. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.1.75>
- Weng, S. S., & Gray, L. (2020). Racial microaggressions within social work: Perceptions of providers. *Journal of Social Work Practice*, 34(1), 67–80. <https://doi.org/10.1080/02650533.2018.1553871>
- Whaley, A. L. (2001). Cultural mistrust: An important psychological construct for diagnosis and treatment of African Americans. *Professional Psychology, Research and Practice*, 32(6), 555–562. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.6.555>
- Williams, C. C. (2001). Increasing access and building equity into mental health services: An examination of the potential for change. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 20(1), 37–51. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2001-0003>
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socio-Economic status, stress and discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335–351. <https://doi.org/10.1177/135910539700200305>
- Williams, M. T. (2020). Microaggressions: Clarification, evidence, and impact. *Perspectives on Psychological Science*, 15(1), 3–26. <https://doi.org/10.1177/1745691619827499>
- Williams, M. T., Chapman, L. K., Wong, J., & Turkheimer, E. (2012). The role of ethnic identification in symptoms of anxiety and depression. *Psychiatry Research*, 199(1), 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.049>
- Williams, M. T., Faber, S. C., & Duniya, C. (2022). Being an anti-racist clinician. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15(e19), 1–22. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000162>
- Williams, M. T., & Halstead, M. (2019). Racial microaggressions as barriers to treatment in clinical care. *Directions in Psychiatry*, 39(4), 265–280. http://thinkific-import-development.s3.amazonaws.com/242978/DP39_Clean-201113-130522.pdf#page=277
- Williams, M. T., Metzger, I. W., Leins, C., & DeLapp, C. (2018). Assessing racial trauma within a DSM–5 framework: The UConn Racial/Ethnic Stress & Trauma Survey. *Practice Innovations*, 3(4), 242–260. <https://doi.org/10.1037/pri0000076>
- Williams, M. T., Mier-Chairez, J., & Peña, A. (2017). Tools for treating obsessive compulsive disorder among Latinos. In L. Benuto (Ed.), *Toolkit for counseling Spanish-speaking clients* (pp. 139–171). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64880-4_7
- Williams, M. T., Osman, M., Gallo, J., Pereira, D. P., Gran-Ruaz, S., Strauss, D., Lester, L., George, J. R., Edelman, J., & Litman, L. (2022). A clinical scale for the assessment of racial trauma. *Practice Innovations*, 7(3), 223–240. <https://doi.org/10.1037/pri0000178>
- Williams, M. T., Printz, D. M. B., & DeLapp, R. C. T. (2018). Assessing racial trauma with the Trauma Symptoms of Discrimination Scale. *Psychology of Violence*, 8(6), 735–747. <https://doi.org/10.1037/vio0000212>
- Williams, M. T., & Skinta, M. D. (2020). *Microaggressions in clinical settings: Learning to engage diverse clients and improve treatment outcomes*. Leading edge seminars (3 CEs).
- Williams, M. T., Skinta, M. D., & Martin-Willett, R. (2021). After Pierce and Sue: Evidence for a revised racial microaggressions taxonomy. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 991–1007. <https://doi.org/10.1177/1745691621994247>
- Wylie, L., Van Meyel, R., Harder, H., Sukhera, J., Luc, C., Ganjavi, H., Elfakhani, M., & Wardrop, N. (2018). Assessing trauma in a transcultural context: Challenges in mental health care with immigrants and refugees. *Public Health Reviews*, 39(1), Article 22. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0102-y>
- Yip, T., Seaton, E. K., & Sellers, R. M. (2006). African American racial identity across the lifespan: Identity status, identity content, and depressive symptoms. *Child Development*, 77(5), 1504–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00950.x>

Reçu le 7 mars 2023

Révision reçue le 18 septembre 2023

Accepté le 26 octobre 2023 ■