

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
CENTRE – URBANISATION CULTURE SOCIÉTÉ

**LA SANTÉ MENTALE DES MINORITÉS VISIBLES À MONTREAL AU
PRISME DE L’HOSTILITÉ DU QUARTIER**

Par

Chedeline CHERIFIN ARISTE

Maitrise en Management public

Mémoire pour obtenir le grade de

Maitre-ès sciences, M.Sc.

Maîtrise en Études urbaines

Programme offert conjointement par l’INRS et l’UQAM

Septembre 2025

© Chedeline CHERIFIN ARISTE, 2025

Ce mémoire est intitulé

**LA SANTÉ MENTALE DES MINORITÉS VISIBLES À MONTREAL AU
PRISME DE L'HOSTILITÉ DU QUARTIER**

et présenté par

Chedeline CHERIFIN ARISTE

A été évalué par un jury composé de

Professeure Carolyn COTE-LUSSIER, directrice de recherche, INRS UCS

Professeure Anne-Marie VEILLETTE, examinatrice interne, UQAM

Professeur Idrissa BEOGO, examinateur externe, Université d'Ottawa

À ma famille,

RÉSUMÉ

Ce mémoire explore l'association entre l'hostilité du quartier et la santé mentale des minorités visibles à Montréal. Il propose une conceptualisation originale de l'« hostilité du quartier » structurée en trois dimensions interdépendantes : matérielle, systémique et perçue. L'adoption conjointe du modèle socio-écologique et de l'approche intersectionnelle met en lumière les interactions entre caractéristiques individuelles et contextuelles et des expériences différenciées selon la racialisation. Cette recherche comble une lacune de la littérature canadienne, où les travaux sur la santé mentale des minorités visibles articulent rarement les dimensions spatiales, les rapports sociaux de racialisation et l'approche intersectionnelle.

Les analyses quantitatives, menées sur un échantillon de 1 119 Montréalais·es (dont 284 personnes de minorités visibles) à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2015), et de données sur le quartier de l'Enquête sociale générale (ESG 2014), révèlent que les minorités visibles et les femmes déclarent une santé mentale moins favorable. Les modèles stratifiés indiquent des associations différenciées : la discrimination dans le quartier est liée à la santé mentale des minorités visibles, tandis que le désordre social et physique l'est pour les non-minoritaires.

L'étude souligne la nécessité de dépasser les approches centrées sur la seule défavorisation socio-économique et d'orienter des politiques intégrant les caractéristiques du quartier (désordre social et physique, discrimination, sécurité), ainsi que le développement de services culturellement sécuritaires.

Mots-clés : santé mentale ; environnement urbain ; minorités visibles ; intersectionnalité ; sécurité urbaine ; quartier hostile ; inégalités sociales ; Montréal.

ABSTRACT

This thesis explores the association between neighborhood hostility and the mental health of visible minorities in Montreal. It proposes an original conceptualization of “neighborhood hostility” structured around three interdependent dimensions: material, systemic, and perceived. The joint adoption of a socio-ecological model and an intersectional approach highlights the interactions between individual and contextual characteristics and experiences that differ according to racialization. This research fills a gap in the Canadian literature, where studies on the mental health of visible minorities rarely articulate spatial dimensions, social relations of racialization, and the intersectional approach.

Quantitative analyses conducted on a sample of 1,119 Montrealers (including 284 visible minorities) based on data from the Canadian Community Health Survey (CCHS 2015), and on neighborhood data from the General Social Survey (GSS 2014), reveal that visible minorities and women report poorer mental health. Stratified models indicate differentiated associations: discrimination in the neighborhood is linked to the mental health of visible minorities, while social and physical disorder is linked to that of non-minorities

The study highlights the need to move beyond approaches focused solely on socioeconomic disadvantage and to develop policies that take into account neighborhood characteristics (social and physical disorder, discrimination, safety), as well as the development of culturally safe services.

Keywords: mental health; urban environment; visible minorities; intersectionality; urban safety; neighborhood hostility; social inequalities; Montreal.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de maîtrise est le fruit de deux années de travail qui n'auraient pas été possibles sans le soutien de nombreuses personnes.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de recherche, Carolyn Côté-Lussier, pour son accompagnement tout au long de ce projet. Sa disponibilité, sa rigueur et ses conseils avisés m'ont permis de perfectionner mon travail et d'enrichir mes connaissances. Je la remercie également pour la bourse de spécialisation qu'elle m'a accordée, sans laquelle ce projet n'aurait pas pu voir le jour.

Ma reconnaissance va également à mon collaborateur Paul RODRIGUES, pour sa patience, sa disponibilité et son soutien méthodologique précieux dans le processus d'analyse des données au laboratoire.

Je souhaite aussi remercier chaleureusement Elizabeth Gaspard, à qui je dois beaucoup dans la réalisation de ce travail, ainsi que mes amis, qui ont su m'encourager et m'apporter du réconfort dans les moments les plus difficiles. Ma gratitude s'adresse également à l'INRS-UCS et à toute l'équipe administrative qui ont facilité mon intégration et mes démarches.

Enfin, sur un plan plus personnel, je tiens à remercier mon tendre époux Jenner Ariste pour son soutien constant et multiforme, ma famille, notamment mes parents et mes sœurs, pour leur appui moral, ainsi que mon fils chéri Jayden Cherifin Ariste, dont l'amour et la présence m'ont donné la force d'aller au bout de ce projet.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT.....	iv
REMERCIEMENTS.....	v
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : OBJET D'ÉTUDE ET PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1. Cadre théorique	4
1.1.1. <i>La théorie de l'intersectionnalité</i>	6
1.2. Revue de littérature : Quartier, santé mentale et rapports sociaux : une revue de littérature sur l'expérience des minorités visibles	8
1.2.1. <i>Évolution des conceptions de la santé mentale</i>	8
1.2.2. <i>Approche positive de la santé mentale</i>	9
1.2.2.1. Les fondements théoriques du bien-être.....	10
1.2.3. <i>Les mesures de la santé mentale</i>	11
1.3. Les caractéristiques individuelles et la santé mentale.....	13
1.3.1. <i>Les facteurs sociodémographiques</i>	13
1.3.1.1. Genre et inégalités en santé mentale.....	13
1.3.1.2. L'âge et les cycles de vie.....	14
1.3.1.3. Identité et appartenance au groupe de minorité visible	16
1.3.1.4. Statut socioéconomique, éducation et santé mentale.....	18
1.3.1.5. Trajectoire de vie et ressources personnelles	19
1.4. Le quartier urbain comme déterminant de la santé mentale.....	20
1.4.1. <i>Conceptualisation du quartier urbain dans le contexte de la santé mentale</i>	20
1.4.2. <i>Les caractéristiques du quartier et la santé mentale</i>	21

1.4.2.1.	L'influence des espaces verts sur la santé mentale.....	21
1.4.2.2.	Densité résidentielle, qualité du logement, désordre physique et social	22
1.4.2.3.	Influence de l'environnement social du quartier sur la santé mentale	24
1.4.2.4.	Crime, victimisation et peur du crime	25
1.4.2.5.	Le désavantage socioéconomique et la santé mentale.....	26
1.5.	Le quartier hostile : un cadre conceptuel pour comprendre les inégalités en santé mentale	29
1.5.1.	<i>Limites des concepts traditionnels</i>	29
1.5.1.1.	La défavorisation : une approche socioéconomique insuffisante	29
1.5.1.2.	La marginalisation urbaine : une perspective critique peu opérationnelle .	30
1.5.1.3.	Le neighborhood disadvantage : une approche empirique peu sensible à la notion de race	30
1.5.1.4.	Vers un nouveau cadre conceptuel	31
1.5.2.	<i>Conceptualisation du quartier hostile</i>	32
1.5.2.1.	Définition générale	32
1.5.2.2.	Dimension 1 : L'hostilité matérielle et visible	32
1.5.2.3.	Dimension 2 : L'hostilité structurelle et symbolique	33
1.5.2.4.	Dimension 3 : L'hostilité perçue et vécue.....	33
1.5.2.5.	Distinction avec l'approche socio-écologique classique.....	34
1.5.2.6.	Articulation des trois dimensions	35
1.5.3.	<i>Apport conceptuel</i>	35
1.5.3.1.	Intégration explicite de la dimension raciale	35
1.5.3.2.	Articulation des dimensions objectives et subjectives	36
1.5.3.3.	Caractère processuel et non essentialiste	37
1.5.4.	<i>Montréal : dynamiques inégalités territoriales, diversité ethnoculturelle et santé mentale</i>	37
1.6.	Conclusion de la revue de littérature	41
	Questions de recherche.....	42

Objectifs du travail	42
Hypothèses	42
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE	44
2.1. Approche méthodologique générale.....	44
2.1.1. Zone d'étude	44
2.1.2. Sources des données.....	45
2.1.2.1. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).....	45
2.1.3.2. Enquête sociale générale (ESG)	45
2.1.3. Échantillon de l'étude.....	45
2.1.4. Les variables utilisées	46
2.1.4.1. Variables mesurées à l'échelle individuelle	46
2.1.4.2. Opérationnalisation du concept quartier hostile	47
2.1.4.3. Méthode d'intégration spatiale	51
2.1.4.4. Stratégie analytique	52
2.1.4.5. Traitement des données manquantes	53
3. CHAPITRE III - L'ARTICLE.....	54
3.1. Formulaire d'inclusion d'un article au mémoire de maîtrise	55
3.1.1. Identification de l'étudiant	55
3.1.2. Description de l'article	55
3.1.3. Contribution de chaque coauteur.....	57
3.1.4. Déclaration	58
Résumé	59
3.1. Introduction	61
3.2. Méthodologie	62
3.2.1. Source de données et population.....	62
3.2.2. Stratégie d'échantillonnage.....	62
3.2.3. Variables	62

3.2.3.1.	Variable dépendante	62
3.2.3.2.	Variables indépendantes mesurées à l'échelle individuelle	63
3.2.3.3.	L'Hostilité du quartier	63
3.2.4.	<i>Stratégie analytique</i>	64
3.3.	Résultats	64
3.3.1.	<i>Analyses descriptives</i>	64
3.3.2.	<i>Associations entre les déterminants individuels, le contexte résidentiel et la santé mentale</i>	66
3.3.3.	<i>Associations stratifiées selon le statut de minorité visible</i>	67
3.4.	Discussion	74
3.5.	Limites et apports de l'étude	77
3.6.	Conclusion.....	77
	Contributions à la connaissance	78
4.	CHAPITRE IV - DISCUSSION, PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES ET PERSPECTIVES	79
4.1.	Approfondissements analytiques.....	79
4.1.1.	<i>Paradoxes et vulnérabilités des minorités visibles</i>	79
4.1.2.	<i>Inégalités socioéconomiques racialisées et rendement différencié du capital éducatif : entre protection sociale et discrimination structurelle</i>	81
4.2.	Forces et innovations méthodologiques	82
4.3.	Limites méthodologiques et leurs implications.....	83
4.4.	Perspectives de recherche.....	85
4.5.	Recommandations	86
	CONCLUSION	88
	Bibliographie	90
	Annexe I	112

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le modèle socio-écologique des déterminants de la santé mentale	5
Figure 2 : La conception positive de la santé mentale	10
Figure 3: Répartition spatiale des populations issues des minorités visible sur l'île de Montréal	38
Figure 4: Répartition spatiale de la défavorisation matérielle sur l'île de Montréal	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Correspondance entre les dimensions théoriques du quartier hostile et les indicateurs empiriques retenus.....	56
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques et contextuelles de la population étudiée	73
Tableau 3 : Rapport de côtes (RC) et intervalle de confiance à 95 % des variables prédictives de la santé mentale incluant les déterminants individuels et contextuels dans la population générale (Modèles 1 et 2)	77
Tableau 3 : Rapport de côtes (RC) et intervalle de confiance à 95 % des variables prédictives de la santé mentale incluant les déterminants individuels et contextuels selon l'appartenance à la minorité visible (Modèle 3) ou non (Modèle 4)	79

ANNEXES

Tableau 1. Répartition selon minorité visible, sexe et santé mentale	92
Tableau 2. Variables prédictives - population minorité visible	93
Tableau 3. Variables prédictives - population non-minorité visible	95

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AD : Aire de diffusion

CIM : Classification internationale des maladies

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DRSP : Direction régionale de santé publique de Montréal

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

ESG : Enquête sociale générale

IC : Intervalle de confiance

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

INRS : Institut national de la recherche scientifique

INRS-UCS : Institut national de la recherche scientifique - Urbanisation Culture Société

ISQ : Institut de la statistique du Québec

KDE : Kernel Density Estimation (Estimation de la densité du noyau)

OMS : Organisation mondiale de la santé

RC : Rapport de cotes (Odds Ratio, OR en anglais)

SPVM : Service de police de la Ville de Montréal

UQAM : Université du Québec à Montréal

VIF : Variance Inflation Factor (Facteur d'inflation de la variance)

INTRODUCTION

La ville de Montréal est reconnue pour son multiculturalisme et ses quartiers résidentiels aux compositions ethnoculturelles diversifiées. Toutefois, cette diversité ne garantit pas un accès égalitaire à un cadre de vie sécurisant et inclusif pour tous ses habitants·e·s. Plusieurs recherches ont mis en lumière des dynamiques de ségrégation socio-spatiale et de marginalisation systémique qui affectent particulièrement les minorités visibles (Caron et Guay 2005 ; DSP Montréal 2020 ; Souissi 2022 ; Vogler 2020).

Ces inégalités se manifestent avec acuité dans certains quartiers montréalais, notamment ceux à forte concentration de minorités visibles et à faibles revenus. Ces milieux résidentiels cumulent plusieurs facteurs d'adversité : insécurité, surveillance policière accrue, stigmatisation médiatique et inefficacité des services publics (Bellot et al. 2024 ; DSP Montréal 2020). Les populations racialisées qui y résident subissent également les discriminations systémiques documentées à l'échelle du Québec (Eid 2012 ; Souissi 2022), créant ainsi des environnements que nous qualifions d'hostiles dans le cadre de cette étude.

L'hostilité du quartier s'enracine dans des logiques d'invisibilisation, de discrimination raciale et de déficit d'investissement dans les services publics, les infrastructures et le logement (Eid 2012; Vogler 2020 ; Wacquant 2007). Ces processus se trouvent souvent justifiés par une perception de dangerosité associée à certains groupes racialisés (notamment les populations noires et arabes) et à leurs territoires de résidence, comme Montréal-Nord et Saint-Michel à Montréal (Vogler 2020). Ces liens imposent une lecture attentive aux effets différenciés selon les groupes. Il importe donc de préciser la catégorie de « minorité visible ».

La Loi sur l'équité en matière d'emploi définit les minorités visibles comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (Statistique Canada 2018). Parfois utilisé de manière interchangeable avec « personnes de minorités visibles », ce concept renvoie ici à la catégorie statistique officielle, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une construction sociale, assignée par les groupes majoritaires, reposant sur des marqueurs physiques, culturels ou sociaux (Eid 2012 ; Souissi 2022).

Au Canada, le statut de minorité visible prend une dimension particulière lorsqu'il se conjugue au genre : les femmes issues des minorités visibles subissent à la fois les effets du racisme systémique et du sexisme (Selod 2019). La vulnérabilité dont elles font l'expérience est souvent perçue comme une caractéristique naturelle, ce qui renforce leur marginalisation (Lieber 2002). Les vécus varient également selon le quartier de résidence : les minorités visibles sont surreprésentées dans des quartiers défavorisés sur le plan socioéconomique, souvent marqués par la criminalité et les inégalités structurelles (Waldron 2020).

Ces inégalités de contexte résidentiel contribuent à expliquer les écarts observés en matière de santé mentale. En outre, l'exposition à la violence urbaine, qu'elle soit réelle ou perçue, constitue une source majeure de détresse psychologique et de stress chronique, particulièrement dans les secteurs où résident de nombreuses minorités visibles (Lorenc et al. 2012 ; Ross et Mirowsky 2009). Ces expériences fragilisent la santé mentale en alimentant l'anxiété, la peur et l'instabilité au quotidien.

Au-delà de l'exposition au crime ou à l'insécurité, les minorités visibles subissent également un contexte plus large de discriminations systémiques. Ces inégalités structurelles accentuent leur vulnérabilité psychologique, transformant la violence urbaine en facteur cumulatif de désavantage (Drapeau et al. 2012 ; Kessler et al. 2002). Les conséquences incluent l'augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, un sentiment accru d'insécurité et, plus largement, une détérioration du bien-être général (Mahinpey 2025 ; Kenny et al. 2024 ; Williams et Lawrence 2019).

La relation entre l'environnement urbain et la santé mentale des minorités visibles révèle ainsi la complexité des liens entre expériences sociales, spatialité et santé psychologique (Williams et Lawrence 2019). Ces mécanismes opèrent simultanément à deux niveaux interconnectés. Au niveau individuel, la stigmatisation, les stéréotypes raciaux, la sur-surveillance policière et les inégalités d'accès aux ressources, génèrent un stress psychosocial délétère (Williams et Collins 2001). Au niveau collectif, la concentration des minorités visibles dans certains quartiers s'accompagne souvent d'une ségrégation raciale spatiale, qui nourrit des dynamiques de violence structurelle (Morenoff et al. 2001).

Plusieurs études ont mis en évidence des tendances significatives en matière de santé mentale chez les minorités visibles. Parmi les immigrants racialisés de première génération, l'« effet immigrant en bonne santé » révèle une prévalence initialement plus faible de symptômes

dépressifs par rapport aux personnes nées au Canada (De Maio et Kemp 2010 ; Ng et Wilkins 2019). Cet effet s'estompe toutefois avec le temps : après environ sept ans, la santé mentale des immigrants tend à se rapprocher, voire à être moins favorable, que celle des personnes nées au Canada. Par ailleurs, une étude menée en Ontario montre que les adultes faisant partie d'une minorité visible déclarent moins souvent une santé mentale excellente ou bonne, et présentent plus de détresse psychosociale que les adultes blancs, en raison d'un accès plus limité aux traitements et de la stigmatisation (Grace 2016).

Pourtant, malgré la diversité ethnoculturelle croissante du Canada, où 26,5 % de la population appartenait à un groupe racialisé en 2021 (Statistique Canada 2023), les études analysant de manière approfondie l'effet de l'appartenance à une minorité visible sur la santé mentale demeurent faibles. Cette lacune limite la compréhension des mécanismes différenciés d'exposition aux inégalités.

C'est dans ce contexte que ce mémoire introduit et mobilise le concept de « quartier hostile », afin de dépasser les limites des notions classiques de quartiers défavorisés ou marginalisés. Ce concept met en lumière le caractère actif, cumulatif et discriminatoire des violences urbaines, en intégrant à la fois les conditions objectives du milieu de vie et la manière dont elles sont perçues et vécues par les résident·e·s. Son opérationnalisation permet d'analyser de façon originale les liens entre contexte résidentiel et santé mentale des minorités visibles.

Afin de répondre à ces enjeux, ce mémoire poursuit deux objectifs complémentaires. L'objectif général consiste à évaluer l'association entre l'hostilité du quartier résidentiel et la santé mentale autodéclarée des résident·e·s de Montréal. L'objectif spécifique vise à explorer dans quelle mesure cette association varie selon l'appartenance à une minorité visible.

Finalement, ce mémoire est structuré en quatre chapitres complémentaires. Le premier chapitre propose une revue de littérature articulant les cadres théoriques socio-écologique et intersectionnel, et examine les liens entre caractéristiques individuelles, environnement du quartier, santé mentale et racialisation. Le deuxième décrit la méthodologie adoptée, en précisant les sources de données, les variables retenues et les techniques d'analyse. Le troisième prend la forme d'un article scientifique présentant les résultats empiriques, discutés à la lumière des écrits scientifiques. Enfin, le quatrième chapitre offre une discussion critique des résultats, identifie les limites et les pistes futures de recherche, et met en évidence les implications sociales et politiques du travail.

CHAPITRE 1 : OBJET D'ÉTUDE ET PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présente d'abord les cadres théoriques mobilisés, puis examine la littérature scientifique existante à la lumière de ces perspectives, avant de formuler la problématique et les hypothèses de recherche.

1.1. Cadre théorique

Pour comprendre l'association entre les quartiers urbains hostiles et la santé mentale des minorités visibles à Montréal, ce mémoire s'appuie sur deux fondements théoriques complémentaires : les modèles socio-écologiques de la santé et la théorie de l'intersectionnalité. Ensemble, ils permettent d'articuler les dimensions individuelles, environnementales et systémiques de la santé mentale. Ces cadres théoriques seront ensuite mobilisés concrètement dans la revue de littérature pour analyser les recherches existantes et identifier les lacunes que cette étude vise à combler.

Tel que théorisé en santé publique, les modèles socio-écologiques postulent que les comportements humains et les états de santé sont influencés par plusieurs niveaux d'environnements imbriqués (Golden et al. 2012 ; McLeroy et al. 1988 ; Truong et al. 2006). Ils rappellent que le bien-être d'un individu ne dépend pas uniquement de ses choix personnels ou de son patrimoine biologique, mais aussi de l'environnement immédiat et des structures sociétales dans lesquelles il évolue.

Au Québec, le Comité de la santé mentale proposait déjà, dans les années 1990, une conception riche de la santé mentale comme « un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Cet état d'équilibre s'évalue entre autres, à travers le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales de l'individu ainsi que ses relations avec son milieu » (Comité de la santé mentale du Québec 1994). Cette approche place explicitement l'individu au cœur de sa communauté et souligne que la qualité du milieu social influence directement son bien-être. Elle met en évidence que l'adaptation dépend des conditions de vie : la pauvreté et la discrimination constituent des obstacles, tandis qu'un environnement sain, une répartition équitable des ressources et un accès à l'éducation favorisent l'épanouissement psychologique (Ibid.).

Dans cette continuité, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a proposé en 2016 une définition qui s'inscrit pleinement dans une perspective socioécologique. La santé mentale y est décrite comme une disposition qui permet à chacun de ressentir, penser et agir de manière à jouir de la vie, affronter les défis du quotidien et contribuer activement à sa communauté (INSPQ 2021). Cette conception insiste sur la dimension dynamique et relationnelle du bien-être, en soulignant l'importance des interactions multiples qui façonnent l'expérience psychologique.

L'INSPQ distingue à ce titre trois niveaux interdépendants de déterminants. Les caractéristiques individuelles concernent les éléments propres à la personne, tels que l'état de santé physique, les expériences négatives vécues durant l'enfance ou la spiritualité. Le milieu de vie renvoie aux conditions socioéconomiques et environnementales du quotidien, incluant la qualité du logement, l'accès aux services, la sécurité du quartier et les occasions de socialisation. Enfin, les facteurs structurels relèvent de l'organisation sociale plus large, englobant les politiques publiques, les normes sociales, la discrimination et l'ampleur des inégalités. Cette perspective multidimensionnelle est représentée dans la figure 1.

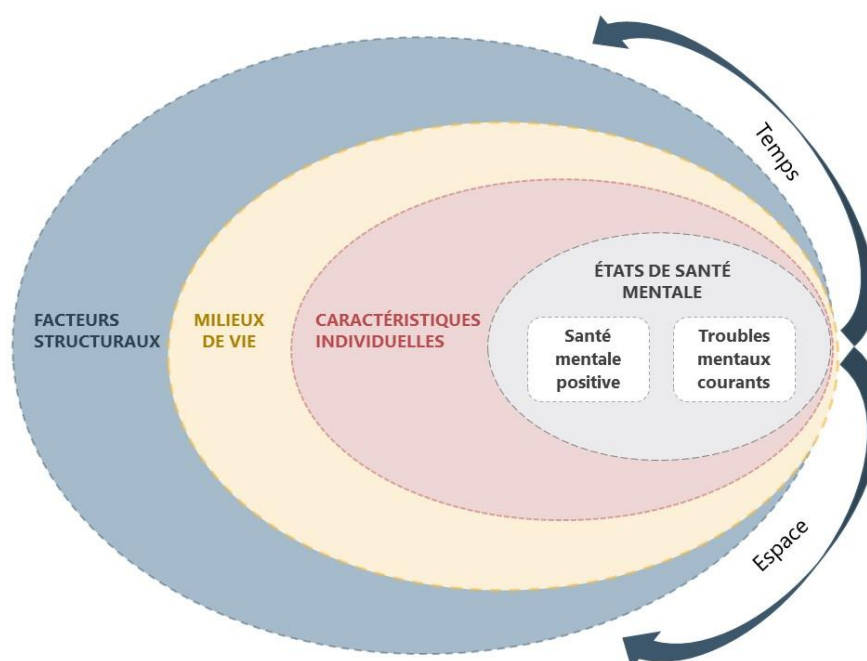


Figure 1: Le modèle socio-écologique des déterminants de la santé mentale
Source : Institut National de la Santé Publique du Québec

Ainsi, les modèles socio-écologiques permettent d'articuler les échelles individuelle, interpersonnelle, communautaire et sociétale, en montrant comment elles se combinent pour façonner le bien-être psychologique. Ils offrent un cadre analytique particulièrement pertinent pour examiner les inégalités en santé mentale et complètent la théorie de l'intersectionnalité, présentée ci-après, en élargissant l'analyse à la multiplicité des contextes d'influence.

1.1.1. La théorie de l'intersectionnalité

Introduite par Kimberlé Crenshaw en 1989, la théorie de l'intersectionnalité est née d'une critique de l'invisibilisation des femmes noires dans les discours féministes et antiracistes. Elle postule, entre autres, que les formes d'oppression sexisme, racisme, classisme, ne s'additionnent pas simplement mais interagissent pour produire des effets spécifiques sur certaines populations.

Depuis son émergence, cette approche s'est imposée comme un cadre d'analyse transversal à de nombreux champs disciplinaires (Collins et Bilge 2016 ; Faissner et al. 2024). En santé mentale, plusieurs travaux ont démontré que les expériences de détresse psychologique ne peuvent être comprises en isolant un seul axe d'oppression (Viruell-Fuentes et al. 2012 ; Williams et al. 2019). Par exemple, les effets du racisme sur la santé mentale varient selon la classe sociale, le statut migratoire ou l'âge des personnes concernées, créant des configurations de vulnérabilité distinctes qui échappent aux analyses unidimensionnelles.

Dans le contexte urbain, l'intersectionnalité permet de saisir comment les inégalités spatiales (la pauvreté, la ségrégation résidentielle, l'accès différencié aux services) affectent différemment les populations selon leurs positions sociales multiples. Ainsi, une personne de minorité visible à faible revenu vivant dans un quartier défavorisé ne fait pas simplement face à une « double peine », mais à une expérience qualitativement différente, marquée par des mécanismes d'exclusion spécifiques et des ressources d'adaptation propres à cette intersection (McCall 2005).

Appliquée à la santé mentale en milieu urbain, cette théorie permet donc de complexifier l'analyse des effets de l'environnement urbain, en tenant compte des trajectoires spécifiques et des rapports sociaux de pouvoir qui influencent la santé mentale.

En effet, si plusieurs travaux examinent les déterminants de la santé mentale en analysant séparément les effets du statut socioéconomique, de l'appartenance raciale ou du genre, l'approche intersectionnelle révèle que ces dimensions interagissent pour produire des expériences spécifiques. Des recherches canadiennes récentes le démontrent : les minorités racialisées à faible revenu vivent des formes de détresse psychologique qui découlent de l'imbrication du racisme et de la précarité économique, et non de leur simple addition (Mahinpey 2025 ; Kenny et al. 2024). Dans le contexte urbain, ce cadre révèle comment l'exposition à certains quartiers affecte différemment les populations selon leur position dans les rapports sociaux. Les femmes racialisées, par exemple, subissent des formes spécifiques de stress résidentiel liées à l'intersection du genre, de la race et de la classe (Paradies et al. 2015). Appliqué au contexte montréalais, ce cadre permet donc de saisir comment les minorités visibles développent des stratégies d'adaptation face aux oppressions entrecroisées qu'elles rencontrent dans certains quartier.

Ces deux théories se renforcent mutuellement dans cette recherche. Le modèle socio-écologique permet d'ancrer l'analyse des inégalités de santé mentale dans des espaces concrets (quartiers), en identifiant comment différents niveaux d'environnement interagissent pour influencer le bien-être psychologique : le niveau individuel (caractéristiques personnelles), interpersonnel (relations sociales), communautaire (environnement bâti, services de quartier) et structurel (politiques urbaines, racisme systémique). La théorie de l'intersectionnalité complète cette approche multiniveau en révélant que les systèmes d'oppression (racisme, sexisme, classisme) ne produisent pas des effets qui s'additionnent simplement, mais créent des expériences qualitativement distinctes selon les intersections d'identités. Ainsi, l'impact d'un quartier hostile sur la santé mentale ne sera pas le même pour une personne de minorité visible à faible revenu et une personne de minorité visible de classe moyenne, ou encore pour une personne de minorité visible immigrante récente et une personne blanche de même statut socio-économique. Chaque intersection d'appartenances sociales créant des vulnérabilités et des ressources d'adaptation spécifiques.

Ces cadres théoriques fournissent donc une grille de lecture qui orientera la revue de littérature. Celle-ci examinera successivement la manière dont la santé mentale est conceptualisée, les effets différenciés des environnements urbains sur cette santé et l'exposition particulière des minorités visibles à des quartiers marqués par l'hostilité sociale et physique.

1.2. Revue de littérature : Quartier, santé mentale et rapports sociaux : une revue de littérature sur l'expérience des minorités visibles

1.2.1. Évolution des conceptions de la santé mentale

La compréhension de la santé mentale a considérablement évolué au fil du temps, passant d'une conception strictement biomédicale à une vision élargie, intégrant les apports des sciences sociales, psychologiques et anthropologiques. Aujourd'hui, la santé mentale est reconnue comme un phénomène multidimensionnel, influencé autant par les facteurs individuels que par les dynamiques sociales, économiques et culturelles.

Historiquement, c'est à travers la médecine et la psychiatrie que la santé mentale a été conceptualisée, notamment à travers la classification des troubles mentaux telles que le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et la Classification internationale des maladies (CIM). Ces systèmes classificatoires, aujourd'hui utilisés en médecine, psychiatrie, psychologie et santé publique, privilégient une lecture diagnostique et nosographique des troubles mentaux, souvent détachée des contextes de vie. Elle a permis d'élaborer des systèmes de repérage et de traitement, mais a longtemps négligé la diversité des expériences subjectives et sociales (Garrabé 2014 ; Reed et al. 2020).

Les sciences psychologiques ont ensuite apporté une contribution majeure, en mettant l'accent sur des dimensions telles que la cognition, les émotions, les mécanismes d'adaptation au stress ou encore la résilience. Ainsi, elles ont permis de dépasser l'idée d'un simple déséquilibre pathologique en explorant les conditions individuelles du bien-être et de l'ajustement psychologique (Leaune 2023 ; Luthar 2006).

La sociologie et la santé publique ont élargi encore davantage le regard. Elles ont montré que la santé mentale est intimement liée aux conditions de vie : pauvreté, exclusion sociale, discriminations systémiques, précarité du logement, insécurité. En ce sens, la détresse psychologique devient alors révélatrice des inégalités sociales et territoriales (Marmot et Wilkinson 2005 ; Otero 2005). Ces disciplines insistent aussi sur les rapports sociaux, les normes culturelles et la stigmatisation associée aux troubles mentaux.

L'anthropologie de la santé a enrichi cette compréhension en soulignant la dimension culturelle de la santé mentale : les perceptions du « normal » et du « pathologique » varient selon les contextes socioculturels, et les pratiques de soin doivent être situées culturellement (Kirmayer et al. 2021). Au Canada, cette perspective met en lumière les barrières d'accès aux soins rencontrées par les minorités visibles, qui se heurtent à des services de santé mentale souvent inadaptés à leurs réalités ethnoculturelles (Emerson, Jamal et McKenzie 2021 ; Mental Health Commission of Canada 2016 ; Salami et al. 2021).

Face à ce constat, les soins culturellement adaptés, c'est-à-dire qui tiennent compte des spécificités linguistiques, culturelles et des expériences de discrimination, représentent une réponse nécessaire. Ces approches reconnaissent que les conceptions de la santé mentale, les modes d'expression de la détresse et les attentes envers les services varient selon les contextes culturels (Mental Health Commission of Canada 2016).

Aujourd'hui, ces différentes approches convergent vers une vision intégrée de la santé mentale, comprise comme un état de bien-être psychologique qui permet à l'individu de réaliser son potentiel, de faire face aux tensions de la vie, de travailler de manière productive et de contribuer à sa communauté (OMS 2022). La santé mentale n'est donc plus un simple indicateur clinique ou statistique, mais une construction sociale, culturelle et contextuelle qui s'exprime et se comprend différemment selon les milieux (Doré et Caron 2017).

1.2.2. Approche positive de la santé mentale

L'approche positive de la santé mentale s'éloigne d'une conception binaire qui la réduirait à l'absence de troubles psychologiques. Inspirée par la psychologie positive et la promotion de la santé, elle met l'accent sur le bien-être global de l'individu, sa capacité à s'épanouir, à développer son potentiel et à mobiliser ses ressources internes et sociales (Keyes 2002, 2005 ; OMS 2004).

Cette perspective conçoit la santé mentale comme un processus évolutif, soutenu par des conditions individuelles et environnementales favorables. Elle repose sur le modèle du double continuum, qui distingue la présence de troubles psychologiques du niveau de bien-être, et souligne les dimensions positives telles que la force, les capacités, le bonheur, les qualités personnelles et les ressources matérielles et sociales qui favorisent l'épanouissement (Julien et Bordeleau 2021 ; Keyes 2002, 2005 ; OMS 2004).

La figure 3, ci-dessous illustre cette évolution conceptuelle vers une approche intégrée de la santé mentale.

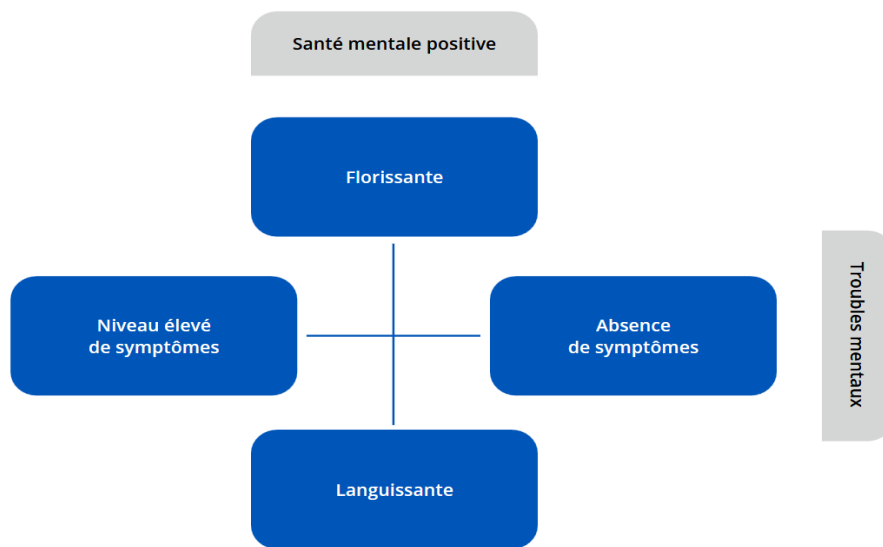


Figure 2 : La conception positive de la santé mentale

Source : Institut de la statistique du Québec

En somme, l’approche positive de la santé mentale marque un tournant majeur : elle ne se limite plus à l’absence de troubles psychiques, mais met l’accent sur les ressources, les forces et le potentiel de croissance des individus. Cette perspective met en lumière l’importance du bien-être comme dimension centrale de la santé mentale, ouvrant la voie à une réflexion plus approfondie sur les fondements théoriques du bien-être.

1.2.2.1. Les fondements théoriques du bien-être

Les approches hédonique et eudémonique constituent les principaux contributeurs dans le façonnement de la santé mentale positive, offrant des perspectives complémentaires sur ce qui constitue le bien-être et comment il peut être atteint.

L’approche hédonique conçoit le bien-être comme la prédominance d’émotions positives sur les émotions négatives. Elle vise à maximiser les affects agréables et à réduire les affects désagréables, afin de favoriser le bien-être émotionnel (Diener 1984 ; Doré et Caron 2017 ; Julien et Bordeleau 2021; Keyes 2002). Dans cette perspective, le bien-être se définit par le bonheur subjectif, centré sur la manière dont l’individu se sent et sur la dimension affective de son expérience.

Cette conception inclut également la satisfaction à l’égard de la vie, entendue comme l’évaluation subjective de la réalité vécue par rapport aux aspirations personnelles. Plus l’écart

entre les conditions de vie actuelles et les attentes est réduit, plus les affects positifs dominant et plus le sentiment de bien-être est élevé (Carr et al. 2001 ; Doré et Caron 2017 ; Julien et Bordeleau 2021; Keyes 2002).

L'approche eudémonique, de son côté, met l'accent sur l'accomplissement de soi et la réalisation du potentiel humain. Elle postule que le bien-être découle de la capacité de l'individu à poursuivre des buts significatifs et à vivre en accord avec ses valeurs profondes (Diener 1984 ; Forgeard et al. 2011 ; Julien et Bordeleau 2021). Dans cette perspective, le bien-être n'est pas un simple état émotionnel agréable, mais un processus dynamique d'actualisation de soi.

Cette conception se traduit notamment par le modèle du bien-être psychologique de Ryff, qui identifie six dimensions fondamentales du fonctionnement humain optimal : l'acceptation de soi, les relations positives avec autrui, la croissance personnelle, le sens de la vie, la maîtrise de l'environnement et l'autonomie (Huta et Waterman 2014 ; Ryff 1989).

Ces approches théoriques permettent de mieux cerner les dimensions intégrées de la santé mentale du bien-être. Toutefois, cette conceptualisation de la santé mentale ne détermine pas une meilleure approche pour la mesurer de manière valide et comparable. La prochaine section se penche donc sur la santé mentale autodéclarée, un indicateur central, largement utilisé dans les enquêtes populationnelles et les recherches en santé publique mobilisant une approche socio-écologique.

1.2.3. Les mesures de la santé mentale

Dans cette section, l'attention se porte spécifiquement sur les mesures autodéclarées de la santé mentale, largement utilisées dans les enquêtes populationnelles pour saisir l'expérience subjective du bien-être et son inscription dans des contextes sociaux et environnementaux variés (Doré et Caron 2017; INSPQ 2024 ; Reed, Josephsson et Alsaker 2020).

Deux stratégies principales sont couramment employées : l'évaluation par *item unique* et les échelles multidimensionnelles. L'item unique consiste à poser une question globale sur l'état de santé mentale général (par ex. « *excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise* »), approche simple et efficace qui s'inscrit dans la perspective d'un continuum du bien-être (Doré et Caron 2017 ; Keyes 2002). Les échelles multidimensionnelles, notamment le Warwick-

Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) et le Continuum de la santé mentale (CSM/MHC), permettent une évaluation plus fine de différentes facettes du bien-être (Keyes 2005; Ryff 1989). Toutefois, ces échelles ne sont généralement pas incluses dans les grandes enquêtes populationnelles canadiennes, qui privilégient des items uniques pour leur simplicité d'administration.

Ce mémoire mobilise l'item unique d'auto-évaluation de la santé mentale de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2015). Cette question demande aux répondant·e·s d'évaluer leur santé mentale générale sur une échelle de cinq points (excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise). Bien que subjective, cette mesure s'avère particulièrement pertinente en santé publique, car elle capte la perception globale du bien-être psychologique et permet d'identifier les populations vulnérables nécessitant des interventions (Doré et Caron 2017 ; INSPQ 2024). De plus, elle permet la comparabilité entre études et sa simplicité favorise des taux de réponse élevés. Elle est également cohérente avec la conception adoptée de la santé mentale comme état de bien-être subjectif, situé dans un contexte social et environnemental. Ce choix méthodologique assure la rigueur et la comparabilité des résultats, tout en s'alignant avec l'approche socioécologique et intersectionnelle mobilisée dans ce mémoire.

Par ailleurs, il importe de reconnaître que ces mesures subjectives peuvent être influencées par des différences culturelles dans l'expression et la conceptualisation du bien-être psychologique. Certaines communautés peuvent valoriser la résilience face à l'adversité, influençant ainsi leurs réponses aux questionnaires. Bien que des mesures plus objectives existent (indicateurs physiologiques de stress, évaluations cliniques standardisées), les mesures autodéclarées demeurent essentielles, car elles captent l'expérience vécue et la perception subjective du bien-être, dimensions centrales pour comprendre les inégalités de santé mentale.

Ces outils de mesure permettent de documenter les inégalités en santé mentale, mais quels sont les facteurs qui expliquent ces variations entre individus et groupes sociaux ? L'examen des caractéristiques individuelles constitue un premier niveau d'analyse pour répondre à cette interrogation.

1.3. Les caractéristiques individuelles et la santé mentale

Selon les approches socio-écologiques et intersectionnelles, l'analyse des caractéristiques individuelles ne peut être dissociée des rapports sociaux de pouvoir et des inégalités structurelles qui les façonnent. Ainsi, examiner le genre, l'âge ou le statut socioéconomique comme simples variables individuelles, occulterait les mécanismes systémiques qui produisent ces inégalités. Par exemple, les différences de santé mentale entre hommes et femmes ne s'expliquent pas par des caractéristiques biologiques intrinsèques, mais par des structures sociales genrées qui créent des conditions de vie, des rôles sociaux et des expositions aux stressseurs différenciées. De même, les écarts observés selon l'appartenance à une minorité visible peuvent révéler l'impact du racisme systémique plutôt que des traits culturels essentialisés. Cette perspective permet donc de contextualiser les facteurs individuels au sein des structures de pouvoir qui les déterminent.

1.3.1. Les facteurs sociodémographiques

1.3.1.1. Genre et inégalités en santé mentale

Le genre, en tant que déterminant social et facteur structurel, exerce une influence majeure sur la santé mentale. De nombreuses enquêtes montrent que les femmes rapportent plus fréquemment que les hommes des niveaux élevés de détresse psychologique ainsi que des troubles anxieux ou dépressifs (Caron et Liu 2010 ; Drapeau, Marchand et Forest 2014 ; Mirzaei-Alavijeh et al. 2025 ; Statistique Canada 2019). Ces écarts s'expliquent par des inégalités structurelles : les femmes sont surreprésentées dans les emplois précaires et faiblement rémunérés, ce qui accroît leur exposition au stress chronique et à l'insécurité financière (Bambra et al. 2009 ; Bilodeau et al. 2020). Elles subissent également davantage de violences sexuelles, physiques ou psychologiques, dont les effets délétères sur la santé mentale sont largement documentés (OMS 2023 ; Statistique Canada 2014).

Les normes sociales jouent aussi un rôle déterminant : les femmes développent une plus grande capacité à décoder et verbaliser leurs émotions, mais cette expressivité, souvent stigmatisée dans des environnements dominés par des valeurs masculines, renforce les stigmates liés aux troubles mentaux (Addis et Mahalik 2003 ; McCormick et al. 2016). Dès l'enfance, la socialisation genrée conditionne ainsi les réponses émotionnelles et influence la manière dont la détresse est ressentie et exprimée (Boquet et Lett 2018).

Les enquêtes nationales et provinciales confirment cette tendance : les symptômes d'anxiété généralisée et les diagnostics de troubles dépressifs sont plus fréquemment rapportés par les femmes, comme l'indique l'ESCC (Statistique Canada 2013 ; Statistique Canada 2024). De plus, en contexte pandémique, les données québécoises révèlent que les femmes ont présenté des niveaux particulièrement élevés de détresse psychologique, illustrant le rôle structurant du genre dans la production des inégalités en santé mentale (INSPQ 2024).

Si ces différences s'expliquent principalement par des structures sociales genrées qui créent des conditions de vie et des expositions aux stressseurs différenciées, il convient également de reconnaître le rôle des facteurs hormonaux dans certaines vulnérabilités spécifiques, notamment en période périnatale ou périménopausique (Albert 2015 ; Schiller et al. 2016). Cette perspective biopsychosociale permet d'éviter à la fois le réductionnisme biologique et le déni des dimensions physiologiques.

Les inégalités de santé mentale selon le genre sont amplifiées lorsque celui-ci s'articule aux rapports sociaux de race et de classe. En effet, les études canadiennes montrent que les minorités visibles présentent en général une moins bonne santé mentale que la population majoritaire et rencontrent davantage d'obstacles dans l'accès aux soins (Grace et al. 2016 ; Mahinpey 2025 ; Statistique Canada 2019). Toutefois, les données quantitatives désagrégées portant spécifiquement sur les femmes racialisées demeurent rares au Canada. Si la littérature intersectionnelle documente théoriquement comment ces femmes vivent des expériences spécifiques à l'intersection du racisme et du sexisme (Bellot et al. 2024 ; Kennedy-Turner, Côté-Lussier et Helly 2023), les études quantitatives analysant ces intersections restent limitées. Cette lacune souligne la nécessité d'analyses intersectionnelles croisant genre, race et classe pour mieux comprendre les inégalités de santé mentale en milieu urbain

1.3.1.2. L'âge et les cycles de vie

L'âge constitue un déterminant majeur de la santé mentale : les besoins et vulnérabilités varient selon les étapes du cycle de vie. Les jeunes, en particulier les adolescents et les jeunes adultes, rapportent fréquemment des niveaux plus élevés de détresse psychologique et de troubles anxieux ou dépressifs (INSPQ 2024 ; Pearson, Janz et Ali 2013 ; Statistique Canada 2019;). Cette tendance s'explique par les transitions développementales et sociales qu'ils traversent : quête d'identité, construction de relations significatives, choix de carrière et affirmation d'une autonomie progressive. Selon l'INSPQ (2016), les élèves du secondaire présentent des écarts

notables de santé mentale selon leur niveau scolaire, la proportion de jeunes déclarant une santé florissante diminuant au fil du parcours académique. De manière plus générale, les jeunes présentent des taux plus élevés de détresse psychologique que les autres groupes d'âge (Drapeau, Marchand et Forest 2014). À Montréal, cette tendance se confirme : en 2020-2021, près de 61,1 % des jeunes de 15 à 24 ans se situaient à un niveau élevé de détresse psychologique (DRSP 2024).

À l'opposé, les personnes âgées sont confrontées à des défis spécifiques tels que l'isolement social, la perte de proches, les maladies chroniques et parfois la précarité économique (OMS 2014 ; Statistique Canada 2019). Si ces facteurs peuvent fragiliser le bien-être psychologique, le vieillissement s'accompagne néanmoins de mécanismes adaptatifs et de résilience (Baltes et Margret 1990 ; Cyrulnik et Ploton 2012). Selon la théorie de la sélectivité socioémotionnelle, les personnes âgées développent une meilleure régulation émotionnelle et priorisent les relations et expériences émotionnellement significatives (Carstensen, Isaacowitz et Charles 1999 ; Charles, Mather, Carstensen et Castro 2001) ce qui contribue à une stabilité, voire à une diminution des symptômes dépressifs après l'âge mûr (Hansen et Blekesaune 2022 ; Mather 2012). Cette relative stabilité masque toutefois des inégalités persistantes : les femmes âgées demeurent particulièrement vulnérables en raison de leur espérance de vie plus longue, de leurs revenus plus faibles et d'une probabilité accrue de vivre seules, tandis que les hommes âgés présentent un risque plus élevé de suicide après des transitions critiques comme le veuvage ou la retraite (OMS 2014).

Ces constats révèlent l'importance d'une lecture dynamique et différenciée du rapport entre âge et santé mentale. Loin d'être homogènes, les expériences psychologiques évoluent au gré des étapes de vie, façonnées par l'interaction entre conditions individuelles, contextes sociaux et environnements urbains. Par exemple, les jeunes adultes peuvent être particulièrement sensibles aux stressors urbains comme le bruit ou la densité, tandis que les personnes âgées sont davantage vulnérables à l'isolement social dans des quartiers perçus comme dangereux, ce qui limite leur mobilité et réduit leurs interactions communautaires (Ooi et al. 2023 ; Public Health Agency of Canada 2024).

Dans le cas des jeunes issus de minorités visibles, l'intersection de l'âge avec les rapports sociaux de race, classe et genre produit des vulnérabilités spécifiques en matière de santé mentale. La détresse psychologique est souvent amplifiée par le racisme, le profilage racial et les discriminations scolaires ou policières (Cotter 2022 ; Kapo 2020 ; OHRC 2003 ; Sobers et

al. 2025). Ces expériences fragilisent leur sentiment d'appartenance et accroissent le risque d'anxiété ou de symptômes dépressifs, particulièrement dans les quartiers stigmatisés comme Montréal-Nord ou Saint-Michel (Vogler 2020).

Pour les personnes âgées issues des minorités visibles, les inégalités prennent d'autres formes. Elles sont plus susceptibles de vivre dans des ménages à faibles revenus, d'occuper des logements inadéquats et de rencontrer des obstacles linguistiques ou culturels dans l'accès aux soins (Lin et al. 2023 ; Shan et al. 2023 ; Statistique Canada 2020, 2024). Ces conditions favorisent l'isolement social et limitent le recours aux services de santé mentale. Les femmes âgées racialisées vivent des formes spécifiques de vulnérabilité à l'intersection du genre, de la race, de l'âge et de la classe, qui produisent des expériences particulières de détresse psychologique (Williams et Lawrence 2019).

En somme, l'âge s'articule aux rapports sociaux de genre, de race et de classe pour produire des trajectoires de vulnérabilité spécifiques en matière de santé mentale. Chez les minorités visibles, les jeunes sont davantage exposés aux discriminations et au profilage racial, tandis que les aînés se heurtent à des barrières structurelles et culturelles dans l'accès aux soins. Ces dynamiques confirment la nécessité d'une approche intersectionnelle attentive aux cycles de vie pour comprendre les inégalités de santé mentale.

1.3.1.3. Identité et appartenance au groupe de minorité visible

Au Canada, plusieurs études révèlent que les adultes issus des minorités visibles déclarent moins fréquemment une santé mentale excellente ou bonne et rapportent plus souvent des niveaux élevés de détresse psychologique et d'anxiété (Grace et al. 2016; Mahinpey 2025). Si l'« effet immigrant en bonne santé », soit une meilleure santé mentale observée chez certains immigrants de première génération, semble atténuer les écarts à court terme, il tend toutefois à s'estomper avec le temps. Après quelques années de résidence, la santé mentale des immigrants se rapproche, voire devient moins favorable, que celle de la population née au Canada (De Maio et Kemp 2010 ; Ng et Wilkins 2019).

La dégradation de cet avantage initial s'explique par l'accumulation de facteurs défavorables, tels que le désavantage socioéconomique, les obstacles systémiques d'accès aux services, les barrières linguistiques, la précarité du statut migratoire, le racisme, la méfiance envers les

institutions et la crainte de la stigmatisation (Canadian Mental Health Association 2025; Planey et al.2019 ; Public Health Agency of Canada 2024 ; Salami et al. 2021 ; Woodgate et Busolo 2018 ; Whitley et al. 2016).

À cela s'ajoute un accès limité à des soins culturellement adaptés, ce qui compromet le recours aux services de santé mentale (Emerson, Jamal, et McKenzie 2021 ; Mental Health Commission of Canada 2016 ; Salami et al. 2021 ; Van der Ven et al 2012).

Au-delà des discriminations externes, la population de minorité visible fait également face à une stigmatisation intracommunautaire. Par peur d'être jugés ou de nuire à l'image de leur communauté, plusieurs choisissent de taire leur détresse ou d'éviter de consulter (Fante-Coleman et Jackson-Best 2020 ; Hasford et al. 2018; Kronick 2018). Ces comportements d'évitement et de silence, motivés par la crainte de stigmatisation, aggravent le stress chronique généré par les discriminations systémiques (Anucha et al.2017 ; Ferrari et al. 2015). Le processus d'acculturation peut, lui aussi, devenir une source de tension, notamment lorsqu'il implique la conciliation de valeurs contradictoires entre culture d'origine et société d'accueil, particulièrement chez les jeunes (Berry 2006 ; Sam et Berry 2010).

Ces inégalités se doublent d'une exposition à des violences systémiques telles que le profilage racial et les crimes haineux, qui génèrent des effets délétères sur la santé mentale (Krieger 2012 ; Williams et Collins 2001). Cette exposition cumulative accroît le risque d'une mauvaise santé mentale, d'anxiété et de dépression, tout en limitant le recours aux soins, en raison notamment d'un manque de services adaptés aux réalités culturelles (Whitley et al. 2016).

À Montréal, ces inégalités se traduisent concrètement par l'exposition différenciée aux violences policières et à la stigmatisation territoriale. Dans des quartiers comme Montréal-Nord, les jeunes racialisés subissent des taux de profilage racial disproportionnés, renforçant l'association négative entre leur identité raciale et leur lieu de résidence (Bellot et al. 2024 ; Vogler 2020). Ces dynamiques d'hostilité territoriale affectent particulièrement la santé mentale des jeunes et des femmes racialisées, confrontées à des violences symboliques et matérielles dans l'espace public.

En somme, l'appartenance à une minorité visible ne constitue pas un déterminant pathologique en soi. Ce sont les conditions de vie, les discriminations systémiques, les inégalités structurelles et les dynamiques d'acculturation qui expliquent les écarts observés en matière de santé

mentale. Ces constats invitent à dépasser une lecture strictement culturelle ou identitaire pour considérer l'articulation des rapports sociaux, des contextes urbains et des trajectoires migratoires. La section suivante examinera plus spécifiquement le rôle du statut socioéconomique dans la santé mentale.

1.3.1.4. Statut socioéconomique, éducation et santé mentale

L'éducation et le revenu comptent parmi les déterminants les plus robustes de la santé mentale. Un niveau de scolarité élevé s'accompagne généralement de meilleurs indicateurs psychologiques, car il favorise le développement des compétences cognitives et sociales nécessaires à la gestion du stress, facilite l'accès à l'information et aux ressources en santé, et ouvre la voie à des emplois stables et valorisants (Burger, Becker et Schoon 2024 ; Kondirolli et Sunder 2022 ; Lee et Tracy 2022). Des études récentes confirment ces effets protecteurs : une année d'éducation supplémentaire réduit la probabilité de symptômes dépressifs de 11,3 % et anxieux de 9,8 %, et ces bénéfices se manifestent à travers une meilleure santé physique, des comportements de santé améliorés et un accès accru aux connaissances en matière de bien-être (Kondirolli et Sunder 2022). Par ailleurs, la formation scolaire renforce le capital social et culturel, contribuant ainsi à l'élargissement des réseaux de soutien et à une meilleure intégration communautaire (Mikiewicz 2021 ; Mishra 2020)

Cependant, cet effet protecteur n'est pas uniformément réparti. Les personnes issues de minorités visibles, même diplômées, continuent de subir des obstacles systémiques discriminations à l'embauche, non-reconnaissance des qualifications étrangères qui limitent l'accès à des emplois de qualité (Oreopoulos 2009).

Le revenu, pour sa part, conditionne directement la sécurité économique et l'accès à des conditions de vie favorables au bien-être. La précarité financière accroît le stress chronique, restreint les possibilités d'accéder à un logement adéquat, à une alimentation saine et à des activités de loisirs, et augmente l'exposition à des environnements urbains défavorables (Melzer et al. 2003; Marmot et Wilkinson 2005). Les données mettent en évidence un gradient social net : plus le statut socioéconomique est élevé, meilleurs sont les indicateurs de santé mentale (Belle et Doucet 2003 ; Hudson 2005).

Chez les familles immigrantes et racialisées, ces inégalités s'amplifient souvent sous l'effet de contraintes additionnelles, telles que la non-reconnaissance des diplômes étrangers ou les barrières linguistiques, qui prolongent la précarité économique et en exacerbent les effets psychologiques (Caron et Liu 2011 ; Schellenberg et Maheux 2007). Ainsi, si le statut socioéconomique constitue un facteur central, les ressources personnelles, les expériences vécues et les appuis sociaux demeurent également déterminants dans la préservation de la santé mentale.

1.3.1.5. Trajectoire de vie et ressources personnelles

Les expériences vécues au cours de la vie, notamment durant l'enfance et l'adolescence, exercent une influence durable sur la santé mentale à l'âge adulte (Felitti et al. 1998 ; Hughes et al. 2017). Les environnements marqués par la négligence, la violence ou le désordre social augmentent le risque de détresse psychologique, tandis que le soutien familial et des relations sociales positives jouent un rôle protecteur (Caron et Guay 2005 ; Souissi 2022 ; Vogler 2020). Ces vécus précoces interagissent avec les caractéristiques sociodémographiques : les enfants issus de minorités visibles, plus exposés à la discrimination et à la précarité économique, accumulent des vulnérabilités qui fragilisent leur santé mentale (Williams et Collins 2001 ; DSP Montréal 2020).

Toutefois, les ressources personnelles et sociales modulent cependant ces effets. La résilience, définie comme la capacité à s'adapter et à maintenir un fonctionnement psychologique malgré l'adversité, constitue un facteur clé de protection (Luthar 2006 ; Ryff 1989). Or, ces ressources ne sont pas réparties de manière égale : elles dépendent de l'accès à l'éducation, du soutien social et des opportunités de développement offertes par l'environnement (Drapeau 2014; OMS 2022).

Enfin, les stratégies d'adaptation varient selon les contextes culturels. Certaines communautés privilégient des approches collectives ou spirituelles, alors que d'autres valorisent davantage l'autonomie individuelle. La reconnaissance de cette diversité est essentielle pour développer des services de santé mentale inclusifs et culturellement adaptés (Eid 2012 ; Souissi 2022).

En somme, les caractéristiques individuelles jouent un rôle central dans la santé mentale, confirmant la pertinence de l'approche socio-écologique qui démontre que ces facteurs n'agissent jamais isolément, et de l'approche intersectionnelle qui révèle que leurs effets ne s'additionnent pas simplement. Ces constats soulignent que l'analyse doit s'élargir au niveau

communautaire. Les caractéristiques du quartier urbain constituent le contexte où s'actualisent concrètement ces interactions, façonnant différemment l'expérience de la santé mentale selon les intersections d'identités.

1.4. Le quartier urbain comme déterminant de la santé mentale

1.4.1. Conceptualisation du quartier urbain dans le contexte de la santé mentale

Pour analyser l'effet du quartier sur la santé mentale, il est nécessaire d'en préciser d'abord la conceptualisation. Si plusieurs travaux ont montré l'importance des variations spatiales en matière de santé, l'influence du contexte local, à l'échelle fine du quartier résidentiel, n'a été démontrée que récemment. Cette approche souligne les limites des explications purement individuelles, qui tendent à négliger le poids des dynamiques collectives et du milieu de vie.

En géographie urbaine, le quartier est souvent défini comme une fraction homogène et identifiable de l'espace urbain, caractérisée par des dimensions physiques, sociales et symboliques (Wellman 1979 ; Lussault 2003). Il constitue également un cadre de vie et d'interactions où s'articulent des dynamiques communautaires, économiques et relationnelles influençant la qualité de vie et le bien-être des habitants (Bernard et al. 2007)

Dans une perspective sociologique, le quartier se conçoit comme une structure sociale organisée par les interactions entre acteurs, un espace de mobilisation et d'action collective où le territoire devient objet d'intervention (Sénécal et al. 2008). Finalement, une lecture socio-anthropologique insiste sur la double dimension du quartier : à la fois « objet » socio-spatial et « espace vécu » subjectif (Di Méo 1994).

Ce mémoire s'inscrit dans cette dernière perspective, en considérant le quartier à la fois comme objet socio-spatial (territoire délimité avec ses caractéristiques physiques, sociales et démographiques mesurables) et comme espace vécu (environnement perçu et expérimenté subjectivement par les résident·e·s). Cette double approche permet d'analyser comment les caractéristiques objectives du quartier (densité, services, composition sociale) interagissent avec les expériences subjectives des minorités visibles (sentiment de sécurité, discrimination perçue, sentiment d'être bienvenue dans le quartier) pour influencer leur santé mentale.

1.4.2. Les caractéristiques du quartier et la santé mentale

1.4.2.1. L'influence des espaces verts sur la santé mentale

Il est désormais bien établi que les caractéristiques physiques du cadre de vie influencent la santé mentale, parfois même de manière plus marquée que les attributs individuels (Kawachi et Berkman 2003). Parmi ces caractéristiques, les espaces verts occupent une place centrale en raison de leurs effets positifs démontrés à l'échelle cognitive, émotionnelle et sociale. En effet, plusieurs études montrent que la présence de verdure dans le voisinage favorise le bien-être psychologique, la cohésion sociale et la réduction du stress (Sugiyama et al. 2008)

L'exposition à des environnements naturels ou même à de simples images de paysages verdoyants contribue à réduire la fatigue mentale, favoriser la concentration et améliorer les capacités attentionnelles. Ces effets sont expliqués par la possibilité de diriger l'attention sans effort, permettant ainsi au système cognitif de se reposer et de se régénérer (Berman, Jonides, et Kaplan 2008 ; Kaplan 1995 ; Ulrich et al. 1991).

Des études menées au Danemark, aux Pays-Bas et au Japon montrent que la proximité de la nature est corrélée à des niveaux moindres de symptômes anxio-dépressifs (De Vries et al. 2003 ; Maas et al. 2009 ; Stigsdotter et al. 2010). Ces effets sont particulièrement notables dans les quartiers densément peuplés, où les espaces de respiration sont plus rares.

Au niveau social, les espaces verts participent indirectement au bien-être mental en encourageant l'activité physique et en favorisant la cohésion sociale. L'exercice pratiqué dans un environnement naturel aurait des bénéfices psychologiques plus importants que dans des contextes urbains classiques (Bowler et al. 2010). Par ailleurs, la perception d'un quartier comme étant « vert » est associée à une meilleure évaluation de la santé mentale, même après avoir contrôlé les effets de la marche et du lien social (Sugiyama et al. 2008), ce qui laisse supposer une influence propre de la végétation perçue.

Cependant, des auteurs appellent à la prudence dans l'interprétation de ces résultats. La complexité des variables (diversité des formes d'espaces verts, qualité perçue, interaction avec les déterminants sociaux) rend difficile l'établissement de relations causales claires (Bowler et al. 2010 ; Croucher et al. 2007). Ces limites méthodologiques n'invalident pas les

observations, mais incitent à envisager les espaces verts comme un facteur parmi d'autres, à inscrire dans une lecture plus globale de l'environnement urbain.

Au-delà de la présence ou de l'absence d'espaces verts, plusieurs dimensions structurelles de l'environnement bâti exercent une influence directe sur la santé mentale des résident·e·s. La densité résidentielle, la qualité du logement et les signes visibles de désordre physique constituent des déterminants environnementaux dont les effets varient selon les contextes sociaux et les populations étudiées.

1.4.2.2. Densité résidentielle, qualité du logement, désordre physique et social

La forte concentration démographique dans certains quartiers urbains peut affecter négativement le bien-être psychologique par plusieurs mécanismes. D'abord, elle s'accompagne souvent de nuisances environnementales accrues : bruit constant, pollution atmosphérique, congestion des espaces publics et surcharge des infrastructures collectives (Helliwell et al. 2019 ; Li et Kanazawa 2016). Ces stressseurs environnementaux chroniques contribuent à la fatigue mentale, à l'irritabilité et à une réduction de la satisfaction de vie, même lorsque la densité facilite l'accès aux services et aux opportunités économiques.

Toutefois, les effets de la densité ne sont pas linéaires ni uniformes. Dans certains contextes, notamment pour les populations immigrantes récentes, une forte densité peut favoriser la cohésion ethnique et le soutien communautaire, atténuant ainsi certains effets négatifs (Sampson et al. 1999). À l'inverse, dans les quartiers défavorisés où se cumulent pauvreté, précarité résidentielle et forte densité, les effets délétères sur la santé mentale sont amplifiés (Ross et Mirowsky 2001). Cette interaction entre densité et contexte socioéconomique souligne l'importance d'une analyse différenciée selon les populations et les territoires.

La qualité de l'habitat constitue un déterminant majeur de la santé mentale, souvent négligé dans les approches centrées sur le quartier au sens large. L'insalubrité des logements, humidité, moisissures, problèmes de chauffage, infestations est associée à une détresse psychologique accrue, particulièrement chez les enfants et les personnes âgées (Krieger et Higgins 2002 ; Shaw 2004). Ces conditions matérielles défavorables génèrent un stress quotidien et un sentiment d'impuissance qui fragilisent le bien-être psychologique.

La précarité résidentielle et l'instabilité du logement amplifient ces effets. Les déménagements fréquents, forcés ou anticipés, perturbent les réseaux sociaux de proximité et créent une anxiété chronique liée à l'incertitude (Desmond 2016). Pour les minorités visibles et les familles immigrantes, ces vulnérabilités sont souvent exacerbées par la discrimination dans l'accès au logement et la surreprésentation dans les parcs locatifs dégradés (Shan et Li 2023 ; Statistique Canada 2020). Ainsi, la qualité du logement n'est pas qu'une question de confort matériel : elle reflète et reproduit des inégalités structurelles qui se traduisent par des écarts de santé mentale entre groupes sociaux.

Le désordre physique graffitis, détrit, bâtiments abandonnés, vandalismes, infrastructures dégradées constitue une dimension visible de l'hostilité environnementale. Ces signes de délabrement urbain ne sont pas neutres : ils véhiculent un message symbolique d'abandon institutionnel et de désorganisation sociale (Ross et Mirowsky 2001 ; Wilson et Kelling 1982). La perception d'un quartier physiquement détérioré est associée à une augmentation du stress chronique, de l'anxiété et des symptômes dépressifs, en partie parce qu'elle nourrit un sentiment d'insécurité et d'impuissance collective (Stafford et al. 2007 ; Lorenc et al. 2012).

Cependant, il convient de noter que la perception du désordre physique est socialement construite et culturellement située. Ce qui est codé comme « désordre » par certains groupes sociaux peut être vécu différemment par d'autres. Les graffitis, par exemple, peuvent être perçus comme des actes de vandalisme dans certains contextes, mais aussi comme des expressions artistiques ou culturelles dans d'autres (Bradford et al. 2025 ; Weisburd et al. 2025). Cette variation dans l'interprétation des signes physiques rappelle que l'environnement bâti n'agit pas de manière mécanique, mais à travers des médiations perceptives et symboliques qui diffèrent selon les trajectoires sociales et les appartenances culturelles.

L'environnement physique du quartier peut également faciliter ou contraindre certaines formes de violence interpersonnelle. Une étude menée à Montréal a montré que la violence dans les relations intimes chez les adolescents est associée à des caractéristiques précises du quartier, notamment la concentration de débits d'alcool, la densité résidentielle et les signes visibles de désorganisation physique (Rodrigues et al. 2022). Ces résultats suggèrent que l'aménagement urbain participe aux conditions sociales qui favorisent ou préviennent certains comportements violents.

Plus généralement, la configuration spatiale : rues mal éclairées, espaces publics isolés, absence de surveillance naturelle peut accroître le sentiment de vulnérabilité, particulièrement pour les femmes et les minorités visibles qui subissent des formes spécifiques de violence dans l'espace public (Koskela et Pain 2000; Pain 2001). L'environnement physique devient ainsi un vecteur d'inégalités genrées et racialisées, façonnant différemment l'expérience urbaine et le bien-être psychologique selon les positions sociales.

En somme, les caractéristiques physiques du quartier (densité, qualité du logement, désordre urbain, configuration spatiale) ne constituent pas un simple décor, mais des déterminants actifs contribuant à la santé mentale. Ces dimensions matérielles de l'environnement reflètent des choix d'investissement public, des logiques de marché immobilier et des dynamiques de ségrégation socio-spatiale qui reproduisent les inégalités sociales (Diez Roux et Mair 2010 ; Kawachi et Berkman 2003).

Dans les quartiers défavorisés, souvent habités par des populations racialisées, l'accumulation de désavantages environnementaux (logements insalubres, infrastructures dégradées, forte densité sans espaces de respiration, exposition accrue aux nuisances) crée des conditions particulièrement défavorables au bien-être psychologique. Ces constats révèlent que l'environnement bâti constitue un mécanisme par lequel les dynamiques urbaines de pouvoir et de ségrégation s'inscrivent dans l'espace, façonnant différemment l'expérience de la santé mentale selon la position sociale des résident·e·s.

1.4.2.3. Influence de l'environnement social du quartier sur la santé mentale

L'environnement social du quartier joue un rôle déterminant dans la santé mentale, au-delà de sa structure physique. La qualité des relations interpersonnelles, le sentiment de sécurité, le soutien social et la cohésion communautaire façonnent directement le bien-être psychologique (Caron et Guay 2005). La cohésion sociale, en particulier, agit comme un facteur protecteur majeur : elle favorise l'entraide, renforce le sentiment d'appartenance et peut amortir la détresse psychologique. Combinée à la capacité collective de réguler les comportements, elle constitue ce que certains auteurs appellent *l'efficacité collective*, essentielle à la résilience des communautés (Émond 2010 ; Kee 2003 ; Sampson 2003).

Toutefois, l'effet protecteur de la cohésion sociale varie selon le contexte socioéconomique du quartier. Par exemple, dans les quartiers défavorisés, même une forte solidarité entre résident·e·s peut être insuffisante pour contrer les effets délétères de la pauvreté concentrée, du manque de ressources et de la stigmatisation territoriale (Sampson et al. 2002 ; Wilson 1987). Cette limitation du capital social en contexte de défavorisation illustre que les liens communautaires, bien que bénéfiques, ne peuvent compenser structurellement l'absence de ressources matérielles et institutionnelles (Ross et Mirowsky 2001). De plus, la perception collective du quartier modifie ces dynamiques : lorsque les résident·e·s perçoivent leur quartier positivement, cela renforce l'efficacité collective et l'estime de soi individuelle ; à l'inverse, un quartier stigmatisé peut générer un sentiment de honte collective qui fragilise la santé mentale, même en présence de liens sociaux forts (Krieger et Higgins 2002 ; Stewart-Brown et al. 2011).

La composition ethnoculturelle du quartier influence également les dynamiques sociales. Plusieurs recherches contemporaines montrent que ce sont avant tout les conditions structurelles comme la pauvreté concentrée, le désinvestissement public et inégalités territoriales qui expliquent les tensions sociales et les écarts de santé mentale dans les quartiers marqués par la diversité (Kawachi et al. 2015 ; Morenoff et al. 2001 ; Sampson 2017). Dans des contextes favorables, la diversité peut au contraire enrichir la vie collective et renforcer le capital social par la multiplicité des réseaux et des ressources culturelles (Laurence et Bentley 2018).

1.4.2.4. Crime, victimisation et peur du crime

La criminalité et la peur du crime constituent des dimensions importantes de l'environnement social du quartier qui affectent différemment la santé mentale selon les groupes sociaux. L'exposition à la victimisation, qu'elle soit violente (agression, vol qualifié) ou non-violente (cambriolage, vol), génère un stress post-traumatique et une détresse psychologique marquée (Ross et Mirowsky 2001). Toutefois, la peur du crime exerce souvent un effet plus étendu sur le bien-être que la victimisation elle-même, car elle affecte un plus grand nombre de personnes et persiste dans le temps (Stafford et al. 2007).

Cette peur, qu'elle soit fondée sur des expériences réelles ou sur des perceptions de dangerosité, alimente un climat d'insécurité qui limite les déplacements, accentue l'isolement social et pèse sur la qualité de vie quotidienne. Ces effets se manifestent de manière différenciée selon les positions sociales. Les femmes et les personnes âgées développent des stratégies d'évitement

spatial et temporel qui restreignent leur autonomie et leur accès aux ressources du quartier (Koskela et Pain 2000 ; Pain 2001).

Pour les minorités visibles, l'insécurité prend une forme spécifique liée au profilage racial et à la sur-surveillance policière. Vivre dans un quartier marqué par la stigmatisation raciale et le profilage accroît le stress chronique et le sentiment d'insécurité, particulièrement chez les jeunes hommes racialisés (Vogler 2020 ; Williams et Mohammed 2013). Cette double exposition (à la fois au crime potentiel et à la surveillance discriminatoire) crée une forme d'insécurité spécifique qui affecte leur santé mentale.

1.4.2.5. Le désavantage socioéconomique et la santé mentale

Le désavantage socioéconomique des quartiers caractérisé par la pauvreté, le chômage, une faible scolarisation et une précarité résidentielle constitue un déterminant majeur de la santé mentale. Vivre dans un quartier défavorisé est associé à une détresse psychologique accrue, à davantage de symptômes dépressifs et à une baisse du bien-être général (Kawachi et Berkman 2003 ; Lynch et al. 2002; Truong et Ma 2006). Ces associations persistent même après avoir contrôlé les caractéristiques individuelles, suggérant un effet propre du contexte résidentiel au-delà de la pauvreté personnelle (Diez Roux et Mair 2010 ; Ross et Mirowsky 2001). Par exemple, vivre dans un quartier défavorisé expose les résident·e·s, quel que soit leur revenu personnel, à un environnement dégradé, à des services publics limités, à une insécurité accrue et à une stigmatisation territoriale, autant de facteurs qui affectent la santé mentale indépendamment des ressources individuelles.

Ce n'est pas seulement la pauvreté individuelle qui importe, mais sa concentration spatiale. La cohabitation dans un environnement marqué par la précarité généralisée crée des dynamiques sociales spécifiques qui amplifient les vulnérabilités individuelles. Wilson (1987), dans son analyse des quartiers hyper-ségrégés aux États-Unis, a montré que la concentration de la pauvreté isole les résident·e·s des réseaux sociaux, des opportunités économiques et des modèles de rôle positifs, créant ce qu'il nomme des « effets de quartier » délétères.

Ces effets se manifestent par plusieurs mécanismes. D'abord, les quartiers défavorisés cumulent des désavantages matériels : dégradation du bâti, manque de services publics de qualité, infrastructures déficientes et sentiment d'abandon institutionnel (Sampson, Morenoff et Earls 1999 ; Wacquant 2007). Ensuite, ils se caractérisent souvent par une fragilisation du tissu social : la précarité économique limite les ressources disponibles pour l'entraide, tandis

que la mobilité résidentielle élevée empêche la formation de liens stables (Wilcox et al. 2003). Enfin, ces quartiers font face à une stigmatisation territoriale qui marque symboliquement l'espace et ses habitants (Wacquant 2007).

Pour les résident·e·s, vivre dans un quartier stigmatisé peut affecter profondément l'estime de soi et l'identité sociale. Lorsque le quartier est perçu négativement tant de l'extérieur que par les résident·e·s eux-mêmes, cela fragilise le sentiment d'appartenance et alimente une détresse psychologique (Krieger et Higgins 2002 ; Stewart-Brown et al. 2011). À l'inverse, lorsque les résident·e·s développent une perception positive de leur quartier malgré ses difficultés objectives, cela peut renforcer l'efficacité collective et constituer un facteur de protection. Par exemple, cette perception positive peut s'appuyer sur la fierté liée à l'histoire du quartier, la valorisation de la solidarité entre voisins, la reconnaissance de la diversité culturelle comme richesse, ou encore la mobilisation collective autour d'enjeux locaux.

La présence réelle ou perçue de criminalité constitue une dimension centrale du désavantage socioéconomique qui affecte directement la santé mentale. Toutefois, les recherches montrent que la peur du crime pèse souvent davantage sur le bien-être psychologique que l'exposition objective à la victimisation (Ross et Mirowsky 2001 ; Stafford et al. 2007). Cette peur génère un stress chronique, limite la mobilité dans l'espace public et restreint les interactions sociales, créant ainsi un cycle d'isolement et de détérioration du climat de confiance (Ambrey et al. 2013).

Les effets de l'insécurité sont particulièrement marquants pour certains groupes. Les femmes, notamment, développent des stratégies d'évitement spatial et temporel qui restreignent leur autonomie et leur qualité de vie (Pain 2001 ; Koskela et Pain 2000). Les minorités visibles, quant à elles, subissent une double exposition : d'une part, la criminalité ordinaire dans les quartiers défavorisés où elles sont surreprésentées ; d'autre part, les violences racistes et le profilage racial qui renforcent le sentiment d'insécurité et de vulnérabilité (Cotter 2022 ; Williams et Collins 2001).

Le désavantage socioéconomique limite également l'accès aux services de santé mentale. Dans les quartiers défavorisés, l'offre de soins psychologiques est souvent insuffisante, mal adaptée culturellement et géographiquement éloignée (Fleury et al. 2016 ; Whitley et al. 2006). Les barrières économiques (coût des services privés), linguistiques (pour les populations

immigrantes) et culturelles (méfiance envers les institutions, stigmatisation des troubles mentaux) se conjuguent pour limiter le recours aux soins (Mohammadifirouzeh et al. 2023).

Cette inégalité d'accès crée un cercle vicieux : les populations les plus exposées aux stressors environnementaux et sociaux sont précisément celles qui ont le moins accès aux ressources thérapeutiques. Pour les minorités visibles, ces barrières sont amplifiées par le manque de services culturellement adaptés et par des expériences de discrimination dans le système de santé qui découragent la demande d'aide (Kirmayer et al. 2011 ; McKenzie 2019).

Ces dynamiques de défavorisation, stigmatisation et exclusion observées dans la littérature internationale trouvent une résonance particulière dans le contexte montréalais. Montréal présente en effet une ségrégation sociospatiale marquée, où certains quartiers concentrent défavorisation économique, minorités visibles et stigmatisation territoriale (DSP Montréal 2020 ; Séguin et al. 2012). Des quartiers comme Montréal-Nord, Saint-Michel ou Parc-Extension font régulièrement l'objet de représentations médiatiques négatives et d'interventions policières accrues, renforçant leur image de « territoires à risque » (Bellot et al. 2024 ; Kapo 2020 ; Vogler 2020). Pour les jeunes hommes racialisés y résidant, cette combinaison de précarité économique, de profilage racial et de stigmatisation territoriale produit des expériences spécifiques d'exclusion et de stress chronique susceptibles d'affecter leur santé mentale.

En somme, les quartiers défavorisés et socialement stigmatisés constituent des environnements hostiles pour la santé mentale. Leurs effets ne sont pas uniformes mais se manifestent de façon différenciée selon les rapports sociaux. Dans une perspective intersectionnelle, les minorités visibles vivant dans ces quartiers font face à des expériences spécifiques à l'intersection du désavantage socioéconomique, du racisme et de la stigmatisation territoriale, produisant des vulnérabilités distinctes en matière de santé mentale. Ces constats soulignent la nécessité d'une approche qui articule dimensions territoriales et rapports sociaux pour saisir les configurations d'hostilité vécues par les minorités visibles en milieu urbain, démarche que ce mémoire entreprend à travers le concept de « quartier hostile ».

1.5. Le quartier hostile : un cadre conceptuel pour comprendre les inégalités en santé mentale

1.5.1. Limites des concepts traditionnels

Dans la littérature scientifique, les notions de *quartier défavorisé*, *marginalisé* ou *désavantagé* sont largement utilisées pour décrire les inégalités territoriales. Bien qu'utiles pour cartographier les disparités socio-spatiales, ces concepts présentent des limites importantes lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience spécifique des minorités visibles et leurs effets différenciés sur la santé mentale.

1.5.1.1. La défavorisation : une approche socioéconomique insuffisante

Au Québec, l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par l'INSPQ constitue l'outil principal pour mesurer les inégalités territoriales (Gamache et al. 2019); il repose sur des indicateurs objectifs. Cette approche permet une cartographie fine des disparités socioéconomiques et facilite le ciblage des interventions en santé publique.

Toutefois, cette conceptualisation présente trois limites majeures pour l'objet de cette recherche. Premièrement, elle privilégie une lecture centrée sur le *manque* de revenus, de scolarité, d'emploi sans thématiser les processus actifs de discrimination et de violence symbolique qui caractérisent certains quartiers. Un quartier peut être socioéconomiquement favorisé tout en étant hostile pour certains groupes racialisés, et inversement, un quartier défavorisé peut offrir des espaces de solidarité communautaire pour certaines populations.

Deuxièmement, l'indice de défavorisation ne capte pas la dimension subjective de l'expérience résidentielle. Deux personnes vivant dans le même quartier « défavorisé » peuvent en avoir des vécus radicalement différents selon leur position sociale. Si l'environnement agit sur la santé mentale par l'intermédiaire de dimensions subjectives comme la perception, le sentiment d'appartenance ou l'expérience quotidienne de discrimination, ces mécanismes demeurent invisibles dans les indicateurs strictement socioéconomiques (Caron et Guay, 2005 ; Souissi 2022).

Troisièmement, et de manière cruciale pour cette étude, la défavorisation ne permet pas d'identifier les formes spécifiques d'hostilité socio-spatiale auxquelles sont exposées les minorités visibles : profilage racial, sur-surveillance policière, discrimination dans l'accès au logement, stigmatisation territoriale racialisée (Bellot et al. 2024 ; Cotter 2022 ; Kapo 2020). Ces mécanismes ne découlent pas directement de la pauvreté mais de rapports sociaux de race qui structurent l'espace urbain.

1.5.1.2. La marginalisation urbaine : une perspective critique peu opérationnelle

Le concept de marginalisation urbaine, développé notamment par Wacquant (1996, 2007) et Lapeyronnie (2008), offre une perspective plus critique en insistant sur l'exclusion politique et sociale, la stigmatisation territoriale et l'abandon institutionnel. Cette approche a le mérite de thématiser les processus symboliques, comment certains quartiers deviennent des « territoires de relégation » marqués négativement dans l'imaginaire collectif.

Cette perspective présente toutefois deux limites pour la présente recherche. D'abord, elle demeure souvent descriptive et difficilement opérationnalisable dans le cadre d'analyses quantitatives. Les travaux de Wacquant (2007) et Lapeyronnie (2008), bien que théoriquement riches, reposent principalement sur des ethnographies de quartiers hyper-marginalisés respectivement les ghettos noirs américains et les « quartiers d'exil » français. Leurs analyses privilégient l'immersion prolongée, les récits de vie et l'observation pour saisir les processus de relégation, de stigmatisation et d'abandon institutionnel. Cette démarche qualitative, essentielle pour comprendre les expériences subjectives et les dynamiques symboliques, peine toutefois à se traduire en variables standardisées permettant des analyses statistiques à large échelle sur des données d'enquête populationnelle.

1.5.1.3. Le neighborhood disadvantage : une approche empirique peu sensible à la notion de race

Dans la littérature anglo-saxonne, le concept de neighborhood disadvantage désigne le cumul de désavantages contextuels : pauvreté concentrée, instabilité résidentielle, structure familiale monoparentale, faible capital humain, qui affectent négativement les trajectoires de vie des résident·e·s (Diez Roux et Mair 2010 ; Sampson et al. 2002). Cette approche, solidement ancrée dans des modèles multiniveaux, a produit des résultats empiriques robustes sur les effets du

contexte résidentiel. Cependant, cette littérature, principalement développée dans le contexte états-unien caractérisé par une ségrégation raciale historique structurante (ligne de couleur Noir/Blanc, hyperghettos), ne se transpose pas directement au contexte canadien. Au Canada, la ségrégation résidentielle est moins marquée qu'aux États-Unis, la diversité ethnoculturelle plus récente et fragmentée, et les dynamiques de racialisation diffèrent : elles ciblent davantage les populations immigrantes récentes et les minorités visibles diverses plutôt qu'un groupe racialisé historiquement ancré (Séguin et al. 2012 ; Walks et Maaranen 2008). De plus, bien que certains travaux intègrent la composition raciale du quartier comme variable de contrôle, par exemple le pourcentage de résident·e·s noirs ou la diversité ethnique (Sampson et al. 2002), ils traitent souvent la race comme un attribut démographique plutôt que comme révélateur de rapports de pouvoir et de processus de discrimination. Cette approche ne conceptualise pas le racisme systémique et les discriminations structurelles comme dimensions constitutives de l'environnement hostile lui-même, mais plutôt comme des facteurs individuels ou des effets de composition (Krieger 2012 ; Williams et Collins 2001). Ainsi, la concentration de minorités visibles est mesurée, mais les mécanismes de stigmatisation raciale, de profilage territorial et de marginalisation institutionnelle qui produisent l'hostilité demeurent peu théorisés

1.5.1.4. Vers un nouveau cadre conceptuel

Ces limites convergent vers un constat commun : les principaux cadres conceptuels mobilisés comme la défavorisation, la marginalisation urbaine, le neighborhood disadvantage, ne permettent pas de saisir pleinement l'articulation entre conditions matérielles objectives, processus de discrimination racialisée et expérience subjective différenciée qui caractérise l'environnement résidentiel des minorités visibles dans les grandes villes canadiennes. Ces limites sont particulièrement saillantes dans le contexte montréalais. Montréal présente en effet des dynamiques urbaines spécifiques : une ségrégation résidentielle moins prononcée qu'aux États-Unis mais néanmoins réelle, avec une concentration de minorités visibles et de ménages à faibles revenus dans certains quartiers du nord-est de l'île (Montréal-Nord, Saint-Michel, Parc-Extension) ; une diversité ethnoculturelle issue de vagues migratoires récentes et diversifiées ; un bilinguisme institutionnel qui peut constituer une barrière d'accès pour les populations immigrantes ; et une histoire de tensions raciales spécifiques, notamment autour du profilage racial et des violences policières (Bellot et al. 2024 ; Eid 2012 ; Vogler 2020). Dans ce contexte, les cadres conceptuels développés aux États-Unis (disadvantage centré sur la ségrégation Noir/Blanc) ou en France (marginalisation des banlieues) ne permettent pas de saisir pleinement la configuration particulière d'hostilité vécue par les minorités visibles

montréalaises, qui s'exprime à travers l'imbrication de la précarité économique, de la stigmatisation territoriale, du profilage racial et des barrières linguistiques et culturelles d'accès aux services. Face à ces lacunes, ce mémoire propose le concept de quartier hostile pour mieux appréhender la complexité des environnements urbains qui affectent la santé mentale de manière différenciée selon la position sociale des résident·e·s.

1.5.2. Conceptualisation du quartier hostile

1.5.2.1. Définition générale

Un quartier hostile désigne un environnement résidentiel caractérisé par l'accumulation et l'interaction de trois dimensions interdépendantes : des conditions matérielles, sociales et visibles défavorables (hostilité matérielle), des processus de violence structurelle et symbolique (hostilité structurelle et symbolique), et une expérience subjective perçue et vécue de discrimination, d'insécurité et de non-appartenance (hostilité perçue et vécue).

Cette conceptualisation appréhende l'hostilité du quartier comme une construction analytique fondée sur une lecture intersectionnelle de l'espace urbain, mettant en lumière l'imbrication des rapports de pouvoir qui façonnent de manière différenciée l'expérience résidentielle. Ce concept se distingue par son attention explicite aux mécanismes de racialisation et de discrimination, qui structurent les interactions entre environnement, position sociale et santé mentale chez les personnes issues des minorités visibles.

1.5.2.2. Dimension 1 : L'hostilité matérielle et visible

La première dimension renvoie aux caractéristiques physiques et sociales objectivement observables du quartier. Elle englobe deux types de caractéristiques. D'une part, l'absence ou la dégradation de ressources favorables : manque de services publics de qualité, d'espaces verts accessibles, d'infrastructures d'entretien adéquates. D'autre part, la présence d'éléments intrinsèquement hostiles : industries polluantes concentrées dans les quartiers défavorisés, infrastructures autoroutières fragmentant le tissu urbain, désordre physique (détritus, bâti dégradé), exposition à la criminalité et à l'insécurité objective (Checker 2011 ; Vogler 2020). Ces éléments constituent le substrat matériel de l'hostilité socio-spatiale. Ils affectent directement le bien-être psychologique par plusieurs mécanismes : génération de stress chronique, limitation des opportunités d'activité physique et de socialisation, sentiment

d'insécurité, exposition à la pollution et aux nuisances, fragmentation du tissu social (Kawachi et Berkman 2003 ; Ross et Mirowsky 2001). Cette dimension matérielle, bien que nécessaire, ne suffit pas à elle seule à caractériser l'hostilité telle que conceptualisée ici.

1.5.2.3. Dimension 2 : L'hostilité structurelle et symbolique

La deuxième dimension est portée sur les processus de violence structurelle et symbolique exercés sur le quartier depuis l'extérieur, qui transforment certains espaces résidentiels en territoires d'exclusion. Ces processus opèrent à différentes échelles : municipale, métropolitaine, médiatique mais convergent pour constituer certains quartiers en lieux stigmatisés et sur-surveillés. Cette dimension comprend la discrimination institutionnelle ciblant les résident·e·s racialisés dans l'accès au logement, à l'emploi et aux services. Elle inclut également la stigmatisation territoriale véhiculée par les médias, qui associent certains quartiers à la dangerosité, ainsi que l'invisibilisation politique caractérisée par l'absence de représentation et le désinvestissement public délibéré. Cette dimension est cruciale pour comprendre l'expérience des minorités visibles, car elle thématise les mécanismes par lesquels certains quartiers, souvent ceux où se concentrent populations racialisées et ménages à faibles revenus, deviennent des cibles privilégiées de contrôle social, de stigmatisation et de marginalisation politique.

1.5.2.4. Dimension 3 : L'hostilité perçue et vécue

La troisième dimension reconnaît que l'hostilité ne réside pas uniquement dans les conditions objectives, mais aussi dans la manière dont elles sont perçues, interprétées et vécues par les résident·e·s. Cette dimension subjective comprend le sentiment de sécurité (tant individuel que dans le quartier), le sentiment d'être bienvenu·e ou d'appartenir pleinement à la communauté locale.

La littérature en santé mentale et en géographie urbaine montre que cette dimension subjective n'est pas un simple accompagnant des conditions objectives, mais constitue un déterminant en soi qui peut moduler ou amplifier leurs effets (Caron et Guay 2005 ; Souissi 2022 ; Vogler 2020). Deux personnes vivant dans le même quartier objectivement défavorisé peuvent développer des états de santé mentale radicalement différents selon leur perception de

l'environnement, leurs ressources psychologiques d'adaptation et leur position dans les rapports sociaux.

Chez les minorités visibles, cette dimension subjective est particulièrement importante car elle capte l'expérience vécue du racisme quotidien, ces interactions apparemment banales mais cumulativement épuisantes qui génèrent ce que Geronimus (1992) nomme le *weathering*^a, ou usure psychologique chronique. Le sentiment d'être constamment sous surveillance, de devoir se justifier, de ne jamais être totalement « chez soi » dans son propre quartier constitue une forme d'hostilité perçue spécifique aux populations racialisées (Williams et Lawrence 2019). Le concept de quartier hostile ne postule pas que seuls ces quartiers seraient hostiles pour les minorités visibles, l'espace urbain dans son ensemble peut être vécu comme hostile. Il désigne plutôt une configuration territoriale spécifique où se concentrent précarité matérielle, stigmatisation et sentiment de sécurité.

1.5.2.5. Distinction avec l'approche socio-écologique classique

Le concept de quartier hostile se distingue de l'approche socio-écologique classique sur trois plans.

Premièrement, il déplace l'attention des niveaux contextuels (individu, quartier, ville) vers les rapports de pouvoir qui structurent l'expérience différenciée de l'espace urbain. Plutôt que de mesurer l'effet du quartier sur la santé de manière uniforme, il thématise comment la racialisation, la discrimination et la stigmatisation produisent des configurations d'hostilité vécues différemment selon la position sociale. Cette perspective intersectionnelle implique que les dimensions matérielles, structurelles et subjectives ne constituent pas des niveaux séparés mais des facettes interdépendantes d'une même configuration d'exclusion.

Deuxièmement, contrairement aux modèles socio-écologiques qui traitent le quartier comme un contexte dont les caractéristiques affectent les résident·e·s, le concept de quartier hostile thématise les processus actifs de marginalisation : la stigmatisation médiatique, le profilage territorial, l'abandon institutionnel ne sont pas de simples "caractéristiques de quartier" mais

^a Le *weathering* (Geronimus, 1992, 2001) désigne l'usure prématurée du corps et le vieillissement physiologique accéléré des groupes marginalisés, causés par l'exposition cumulative aux inégalités sociales, au stress structurel et à la discrimination raciale.

des mécanismes qui ciblent certains territoires et leurs résident·e·s racialisés. L'hostilité n'est pas une propriété objective du territoire, mais le produit de rapports de pouvoir racialisés.

Troisièmement, le concept intègre explicitement la dimension symbolique et expérientielle : il reconnaît que pour les minorités visibles, l'hostilité ne réside pas uniquement dans les conditions matérielles mesurables mais aussi dans le regard stigmatisant porté sur le quartier depuis l'extérieur et dans l'expérience quotidienne du racisme et de l'insécurité (par ex. lié au crime ou à la sur-surveillance). Cette attention à la fois aux structures objectives, aux processus de domination et aux expériences subjectives distingue le concept d'une simple mesure de « défavorisation » ou de « désavantage » du quartier.

1.5.2.6. Articulation des trois dimensions

Ces trois dimensions ne sont pas indépendantes mais s'articulent de manière systémique. L'hostilité matérielle crée les conditions de possibilité de l'hostilité structurelle (les quartiers dégradés sont plus facilement stigmatisables), qui, à son tour, influence l'hostilité perçue (la stigmatisation médiatique renforce le sentiment d'insécurité). Inversement, l'hostilité perçue peut conduire à des comportements d'évitement qui fragmentent davantage le tissu social et accentuent le désordre matériel.

Le concept de quartier hostile se construit donc à l'intersection de ces trois dimensions, reconnaissant qu'un quartier peut être hostile sur une, deux ou trois dimensions simultanément, avec des configurations variables selon les contextes et les populations. Cette conceptualisation multidimensionnelle permet d'éviter le déterminisme environnemental (tout ne serait déterminé par les structures matérielles) tout en reconnaissant la contrainte objective des conditions de vie.

1.5.3. Apport conceptuel

Le concept de quartier hostile présente trois apports principaux qui justifient son introduction dans le champ des études urbaines et de santé publique au Canada.

1.5.3.1. Intégration explicite de la dimension raciale

Premier apport majeur : le quartier hostile centre analytiquement la racialisation comme processus constitutif de l'hostilité environnementale, là où les approches traditionnelles tendent à réduire cette dimension en la subsumant sous la défavorisation socioéconomique, il s'agit ici

d'en reconnaître la spécificité et la portée structurelle. Cette focalisation répond à une lacune importante de la recherche canadienne, où les inégalités raciales en santé mentale demeurent sous-théorisées malgré la diversité ethnoculturelle croissante des grandes villes (Grace et al. 2016 ; Mahinpey 2025).

En effet, les minorités visibles ne subissent pas simplement la pauvreté ou le manque de ressources : elles sont exposées à des formes spécifiques de violence institutionnelle (profilage racial, discrimination dans l'accès au logement, sur-surveillance policière) qui ne sont pas capturées par les indices classiques de défavorisation (Bellot et al. 2024 ; Cotter 2022).

Le concept de quartier hostile permet ainsi de nommer et d'analyser ces mécanismes différenciés d'oppression spatiale.

1.5.3.2. Articulation des dimensions objectives et subjectives

Deuxième apport : les conditions matérielles de l'environnement et leur expérience vécue par les résident·e·s, reconnaissant que l'hostilité ne réside ni exclusivement dans l'objectivité des infrastructures ni uniquement dans la subjectivité des perceptions, mais dans leur interaction dynamique.

Cette approche permet de dépasser le débat entre explications « objectives » (caractéristiques mesurables du quartier) et « subjectives » (perceptions individuelles). Elle reconnaît que deux personnes vivant dans le même quartier peuvent en avoir des expériences radicalement différentes selon leur position sociale, leur genre et leur appartenance raciale (Caron et Guay 2005 ; Souissi 2022). Un quartier perçu comme menaçant par la population majoritaire peut être vécu comme espace de solidarité communautaire par certaines minorités, et inversement. Cette tension révèle que l'hostilité n'est pas une caractéristique intrinsèque du quartier, mais le produit d'un double processus : d'une part, la stigmatisation externe (médiatique, institutionnelle) qui marque le territoire comme « dangereux » ; d'autre part, les conditions matérielles défavorables qui affectent réellement les résident·e·s. Pour les populations racialisées, ce quartier stigmatisé peut paradoxalement offrir un répit face au racisme vécu dans les espaces blancs de la ville, sans pour autant annuler les effets de la précarité et de la sur-surveillance sur leur santé mentale

Cette dialectique objectif/subjectif présente également un avantage méthodologique : elle justifie la mobilisation conjointe d'indicateurs contextuels (criminalité, désordre mesuré) et de

mesures perceptuelles (discrimination ressentie, sentiment de sécurité), enrichissant ainsi l'analyse quantitative.

1.5.3.3. Caractère processuel et non essentialiste

Troisième apport : le concept met l'accent sur les processus qui rendent un quartier hostile plutôt que sur des caractéristiques statiques. Il ne s'agit pas de classer certains quartiers comme intrinsèquement problématiques, mais d'identifier les mécanismes de désinvestissement public, pratiques policières discriminatoires, stigmatisation médiatique, ségrégation résidentielle qui produisent et reproduisent l'hostilité environnementale.

Cette perspective processuelle a deux implications importantes. D'abord, elle évite la pathologisation des quartiers et de leurs habitants : l'hostilité n'est pas une propriété essentielle mais le résultat de rapports de pouvoir et de choix politiques identifiables (Vogler 2020 ; Wacquant 2007). Ensuite, elle ouvre la possibilité d'interventions transformatrices : si l'hostilité est produite par des processus sociaux, elle peut aussi être déconstruite par des politiques publiques appropriées

Ces apports théoriques et méthodologiques justifient la mobilisation du concept de quartier hostile pour analyser les inégalités de santé mentale en contexte urbain canadien. La section suivante présente le contexte montréalais et explique pourquoi cette métropole constitue un terrain particulièrement pertinent pour appliquer ce cadre conceptuel.

1.5.4. Montréal : dynamiques inégalités territoriales, diversité ethnoculturelle et santé mentale

Montréal, plus grande ville du Québec et l'une des principales métropoles canadiennes, se caractérise par une forte diversité ethnoculturelle, une immigration importante et des écarts socioéconomiques marqués entre ses quartiers. Selon Statistique Canada 2016 (période correspondant aux données de l'ESCC 2015 et de l'ESG 2014 utilisées dans ce mémoire), 85 % des 1,1 million d'immigrants vivant au Québec résident dans la région métropolitaine de Montréal, et environ 32 % de la population montréalaise appartient à une minorité visible. La figure 3 ci-dessous illustre la réalité.

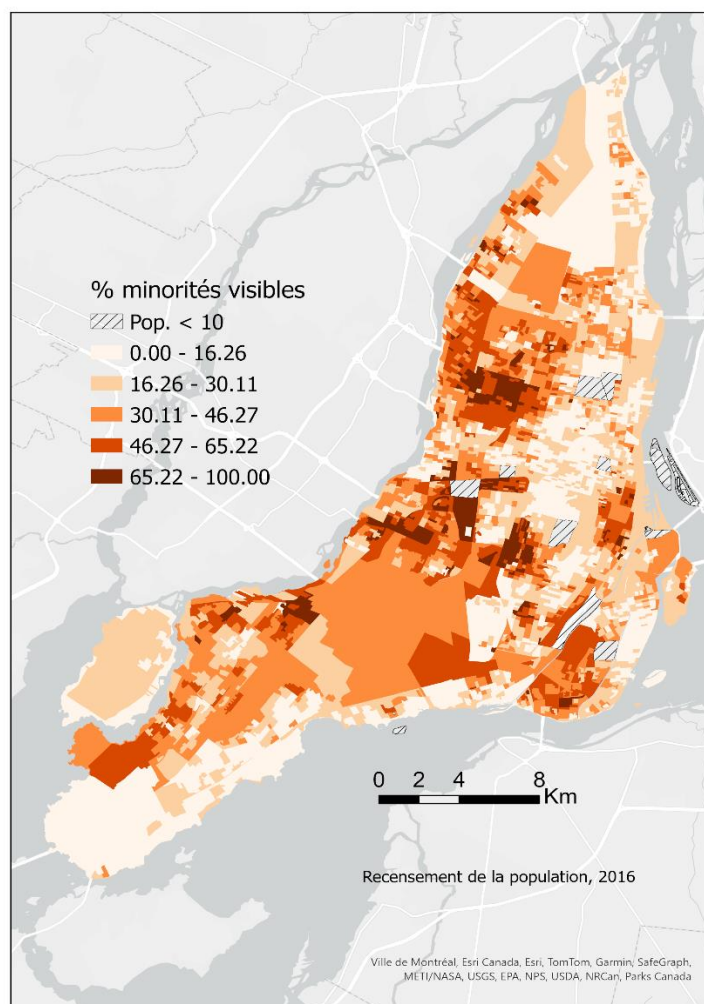


Figure 3: Répartition spatiale des populations issues des minorités visible sur l’île de Montréal

Source : Figure cartographique préparée à la base des données de Statistique Canada à partir du recensement 2021 pour la Ville de Montréal (P. Rodrigues, communication personnelle, 27mars 2024).

Cette diversité se concentre particulièrement dans certains secteurs comme Montréal-Nord, Parc-Extension ou Saint-Michel, souvent qualifiés de « multiethniques » (Ades, Apparicio, et Séguin 2012). À Montréal, certains secteurs se caractérisent également par des conditions matérielles souvent plus précaires. La figure 4 illustre la répartition spatiale de cette défavorisation matérielle sur l'île de Montréal, permettant de situer ces inégalités socioéconomiques dans leur inscription territoriale.

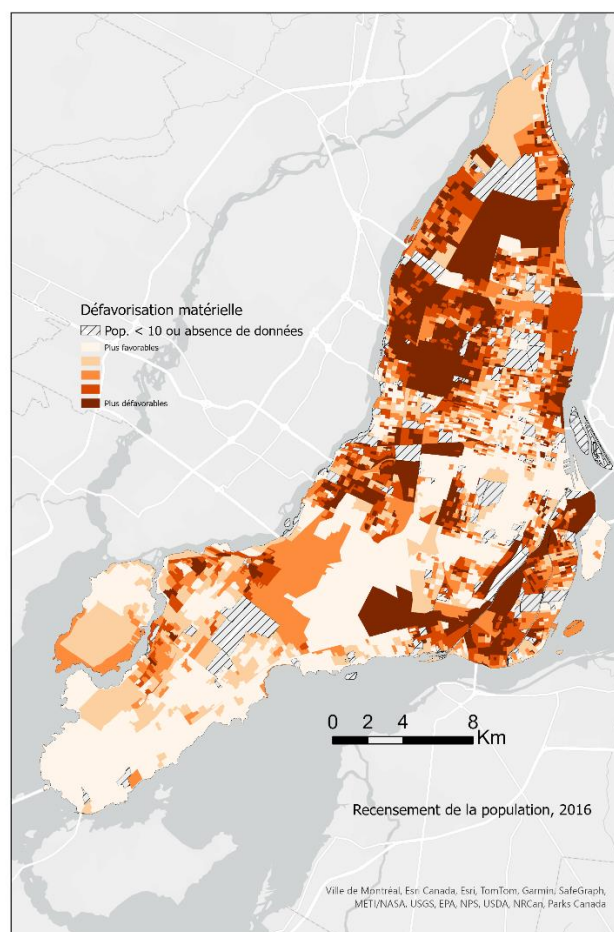


Figure 4: Répartition spatiale de la défavorisation matérielle sur l'île de Montréal

Source : Figure cartographique préparée à la base des données de Statistique Canada à partir du recensement 2021 pour la Ville de Montréal (P. Rodrigues, communication personnelle, 27mars 2024).

Les données de santé publique montrent des écarts préoccupants : la détresse psychologique est plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec (42 % contre 37,6 %), avec des taux particulièrement marqués chez les femmes et dans les quartiers défavorisés (DSP Montréal 2020-2023). Les conditions de logement, l'accès restreint aux services et la précarité économique contribuent à des niveaux accrus de stress, d'anxiété et de détresse psychologique (Caron et Guay 2005 ; DSP Montréal 2020). Toutefois, ces indicateurs masquent souvent l'impact différencié de la racialisation : peu d'analyses intègrent la dimension raciale ou ethnique, alors que plusieurs travaux démontrent que les minorités visibles sont exposées à des conditions de vie plus difficiles, à un accès réduit aux soins de santé mentale tant au niveau des quartiers (offre de services insuffisante dans les secteurs défavorisés) qu'au niveau métropolitain (barrières linguistiques, culturelles et économiques), ainsi qu'à des discriminations multiples (Eid 2012 ; Souissi 2022 ; Rousseau 2020).

Au-delà de ces inégalités socioéconomiques, Montréal présente des dynamiques spécifiques d'hostilité territoriale racialisée. L'exemple de Montréal-Nord illustre comment la concentration de minorités visibles et l'articulation de conditions matérielles, de stigmatisation médiatique et de sur-surveillance policière produisent une configuration d'hostilité territoriale. La sur-surveillance policière et le profilage racial documentés dans ce quartier (Livingston et al. 2018 ; Vogler 2020), combinés aux conditions matérielles défavorables, à la stigmatisation médiatique et aux discriminations systémiques, constituent des indicateurs concrets des trois dimensions du quartier hostile.

Le choix de Montréal comme terrain d'étude répond ainsi à la fois à des considérations méthodologiques et substantielles. Méthodologiquement, la métropole québécoise offre un contexte empirique particulièrement riche : le couplage des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2015) et de l'Enquête sociale générale (ESG 2014), permet de construire des indicateurs multidimensionnels d'hostilité à l'échelle du quartier.

Substantiellement, Montréal présente un contexte distinct des autres grandes métropoles canadiennes. Son environnement linguistique (français/anglais) peut constituer une barrière supplémentaire d'accès aux services pour certaines populations immigrantes, et son histoire migratoire spécifique, caractérisée par une immigration francophone importante et un contexte politique distinct (lois linguistiques, débats identitaires), donne lieu à des dynamiques de racialisation singulières (Eid 2012 ; Vogler 2020)

En somme, bien que les mécanismes du quartier hostile ne soient pas exclusifs à Montréal, la métropole québécoise constitue un terrain privilégié pour analyser l'articulation entre inégalités territoriales, dynamiques de racialisation et santé mentale. L'étude proposée vise à combler une lacune de la recherche canadienne en documentant comment certains quartiers montréalais, compris comme espaces résidentiels circonscrits, constituent des configurations spécifiques d'hostilité territoriale où s'articulent défavorisation matérielle, stigmatisation externe et insécurité. Ces quartiers ne sont pas les seuls espaces hostiles pour les minorités visibles (qui font face au racisme dans l'ensemble de la ville), mais ils représentent des lieux où l'hostilité prend une forme territorialisée et cumulée qui affecte spécifiquement la santé mentale des résident·e·s racialisés.

1.6. Conclusion de la revue de littérature

En somme, la littérature sur la santé mentale au Canada et ailleurs met en évidence des inégalités marquées selon le genre, le statut socioéconomique et l'origine raciale. Toutefois, les recherches qui croisent santé mentale, racialisation et environnement urbain demeurent encore limitées. Si les inégalités territoriales en santé mentale sont bien documentées à Montréal (Caron et Guay 2005 ; DSP Montréal 2021), la question de leur dimension racialisée et de l'hostilité du quartier demeure largement inexplorée.

La recherche documentaire menée dans le cadre de cette revue a permis d'identifier une carence d'articles empiriques traitant simultanément le genre, la race et l'environnement urbain dans le contexte de la santé mentale. Cette rareté met en lumière une lacune importante dans la littérature québécoise, et justifie la pertinence d'un travail qui articule ces dimensions. En mobilisant la théorie de l'intersectionnalité (Crenshaw 1990) et le modèle socioécologique (McLeroy et al. 1988), ce mémoire vise à combler ce vide et à enrichir la compréhension des effets psychologiques d'un contexte urbain hostile sur les minorités visibles à Montréal.

À la lumière de ces constats, il apparaît essentiel de formuler une question de recherche qui permette de mieux comprendre comment ces dynamiques se manifestent dans le contexte montréalais.

Questions de recherche

Quelle est l'association entre l'exposition à un quartier hostile et la santé mentale autodéclarée des résident·e·s de Montréal ?

La sous-question de recherche est la suivante : L'association entre l'exposition à un quartier hostile et la santé mentale autodéclarée diffère-t-elle selon l'appartenance à une minorité visible ?

Objectifs du travail

Afin de répondre à ces questions de recherche, ce travail poursuit un objectif principal et un objectif secondaire :

L'objectif général consiste à évaluer l'association entre l'hostilité du quartier et la santé mentale autodéclarée des répondant·e·s de Montréal.

L'objectif spécifique vise à explorer dans quelle mesure l'association entre l'hostilité du quartier et la santé mentale varie selon l'appartenance à une minorité visible. »

Hypothèses

À la lumière de la littérature scientifique et des cadres théoriques mobilisés dans ce mémoire, les hypothèses suivantes sont formulées.

(H1) Les personnes issues de minorités visibles sont plus susceptibles de rapporter une mauvaise santé mentale que les personnes non minorités visibles à Montréal. Cette hypothèse s'appuie sur les travaux documentant les effets du racisme systémique, des discriminations et des conditions de vie défavorables sur la santé mentale des populations racialisées (voir sections 1.3.1.3, 1.4.2.3 et 1.4.2.4), ainsi que sur le cumul de désavantages résidentiels et sociaux auxquels sont exposées les minorités visibles dans certains quartiers montréalais (voir section 1.5.4).

(H2) L'association entre l'hostilité du quartier et la santé mentale varie selon l'appartenance raciale, les minorités visibles étant plus affectées par ces conditions environnementales. Cette hypothèse repose sur le cadre conceptuel du quartier hostile développé dans ce mémoire (voir section 1.5.2), qui postule que les mécanismes reliant l'environnement résidentiel à la santé mentale diffèrent selon les rapports sociaux de racialisation, en raison de l'intersection du

racisme structurel, du profilage territorial et de la stigmatisation spatiale (voir sections 1.5.2.2, 1.5.2.3 et 1.5.4).

Pour répondre à cette problématique et tester ces hypothèses, le chapitre suivant présente la méthodologie de recherche adoptée.

CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE

Ce chapitre expose la démarche méthodologique adoptée pour analyser les liens entre l'hostilité du quartier résidentiel et la santé mentale autodéclarée à Montréal. Après avoir présenté les sources de données et l'échantillon retenu, le chapitre détaillera les variables individuelles, contextuelles et sociodémographiques mobilisées. Enfin, il présentera les méthodes d'analyse statistique utilisées pour tester les hypothèses et répondre aux questions de recherche.

2.1. Approche méthodologique générale

Afin d'analyser l'association entre l'environnement urbain hostile et la santé mentale des minorités visibles à Montréal, cette étude repose sur une approche quantitative basée sur l'analyse secondaire de données d'enquêtes populationnelles. La présente section décrit la zone d'étude, l'échantillon, les sources de données, les variables mobilisées ainsi que la stratégie analytique adoptée.

La méthodologie s'inscrit dans une logique explicative, visant à identifier les facteurs individuels et contextuels associés à la santé mentale autodéclarée. En cohérence avec les cadres théoriques et objectifs du mémoire, une stratification des analyses a été effectuée selon l'appartenance à une minorité visible. Ce choix permet de documenter les associations spécifiques entre l'exposition à un quartier hostile et la santé mentale chez les minorités visibles, en tenant compte de leurs caractéristiques individuelles.

2.1.1. Zone d'étude

L'île de Montréal, située dans la Province de Québec, Canada, a été choisie comme zone d'étude. Selon le recensement de 2016, la population de l'île s'élevait à 1 942 040 habitants (Statistique Canada 2017). L'île comprend la Ville de Montréal, la plus grande ville du Québec, ainsi que 14 autres municipalités contiguës. Environ 85 % de la population de l'île vit à Montréal dont 34 % sont de la minorité visible (Ville de Montréal 2017).

2.1.2. Sources des données

2.1.2.1. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015 est une enquête transversale nationale menée auprès de la population canadienne âgée de 12 ans et plus (n = 1 281). Son plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés assure une représentativité des 110 régions sanitaires couvertes au pays (Statistique Canada 2017a). L'ESCC recueille des informations détaillées sur la santé, ses déterminants, ainsi que des mesures subjectives de santé mentale et de perceptions du quartier.

2.1.3.2. Enquête sociale générale (ESG)

L'Enquête sociale générale (ESG) de 2014 est une enquête transversale visant à recueillir de l'information sur les expériences de victimisation, les perceptions de la criminalité, la confiance envers la police, ainsi que les sentiments de sécurité dans le quartier (Statistique Canada 2017b). Menée auprès de 33 127 canadien·ne·s de 15 ans et plus, l'échantillon a été sélectionné selon un plan stratifié à deux degrés, avec tirage aléatoire des logements au sein des régions métropolitaines, puis d'un·e répondant·e par ménage. Cette méthodologie visait à assurer une représentativité géographique suffisante. Pour créer les mesures au niveau du quartier, seuls les répondant·e·s dont le code postal se situe sur l'île de Montréal ont été retenus (n = 1 460).

2.1.3. Échantillon de l'étude

Le plan d'échantillonnage de l'ESCC repose sur une sélection probabiliste de ménages selon trois bases : 40,5 % proviennent d'une base aréolaire, 58,5 % d'un registre téléphonique, et 1 % par composition aléatoire. Au sein de chaque ménage sélectionné, une seule personne de 12 ans ou plus est interrogée. Pour cette étude, 1 281 répondant·e·s résidant sur l'île de Montréal ont été identifié·e·s par géocodage de leur code postal à six caractères, fournissant ainsi des données individuelles géolocalisées. Les participant·e·s présentant des données manquantes sur les variables d'intérêt (12,6 %, n = 162) ont été exclu·e·s, ramenant l'échantillon final à 1 119 personnes.

2.1.4. Les variables utilisées

2.1.4.1. Variables mesurées à l'échelle individuelle

Les variables mesurées à l'échelle individuelle proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2015).

La santé mentale autodéclarée

La santé mentale autodéclarée constitue la variable dépendante de l'étude. Elle est mesurée à partir de la question : « *En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ?* ». Conformément aux pratiques en santé publique (Statistique Canada 2019 ; INSPQ 2024), cette variable a été dichotomisée entre *bonne santé mentale* (excellente, très bonne ou bonne) et *mauvaise santé mentale* (passable ou mauvaise)

Le sexe

Le sexe est mesuré selon la déclaration des répondant·e·s. Deux catégories sont distinguées : (homme =1, femme = 2). Bien que l'ESCC mesure le sexe assigné à la naissance, cette variable est utilisée comme indicateur sociodémographique de base reconnaissant que les différences observées reflètent principalement des processus sociaux genrés plutôt que des différences biologiques (IRSC 2020)

L'âge

L'âge des répondant·e·s est traité de manière continue (en années). Il est intégré tel quel dans les analyses statistiques, ce qui permet d'évaluer les variations de santé mentale selon le cycle de vie, sans recourir à une catégorisation arbitraire (Statistique Canada 2019).

Le niveau de diplomation

Le niveau de scolarité renvoie au plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu. Pour simplifier les analyses et assurer la robustesse statistique, la variable a été regroupée en trois catégories : (1) études secondaires partielles, (2) diplôme d'études secondaires sans études postsecondaires et (3) certificat ou diplôme postsecondaire ou grade universitaire (Statistique Canada 2019).

Le revenu total du ménage

Le revenu total annuel du ménage est déclaré en incluant toutes les sources de revenus. Pour l'analyse, il a été regroupé en quatre catégories : (1) 29 999 \$ ou moins, (2) 30 000 \$ à 59 999 \$, (3) 60 000 \$ à 99 999 \$, et (4) 100 000 \$ et plus. Cette variable permet d'évaluer l'effet du statut socioéconomique sur la santé mentale autodéclarée.

Le statut de minorité visible

Le statut de minorité visible a été établi à partir d'une question de l'ESCC (2015) demandant aux répondant·e·s s'ils/elles s'identifiaient comme « seulement blanc ». Conformément à la Loi sur l'équité en matière d'emploi, les minorités visibles regroupent « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (Statistique Canada, 2018). Une variable dichotomique a été créée : 0 = non minorité visible (seulement blanc) et 1 = minorité visible (toutes les autres catégories, excluant les Autochtones). Cette opérationnalisation permet d'analyser les écarts de santé mentale entre personnes de minorités visibles et non racialisées.

2.1.4.2. Opérationnalisation du concept quartier hostile

Dans le cadre de ce mémoire, le concept de quartier hostile est opérationnalisé à partir d'un ensemble de dimensions empiriquement mesurables dérivées principalement à partir des données de l'ESG 2014, à l'exception du sentiment d'insécurité au niveau individuel qui est dérivé à partir de l'ESCC 2015 et de la mesure de la couverture végétale. Le tableau 1 ci-dessous, présente la correspondance entre les dimensions conceptuelles développées au Chapitre 1 et les indicateurs empiriques retenus.

Le tableau 1 : Correspondance entre les dimensions théoriques du quartier hostile et les indicateurs empiriques retenus de l'ESG 2014

Dimensions conceptuelles	Indicateurs empiriques
1. Hostilité matérielle social et visible	<ul style="list-style-type: none"> • Désordre social et physique • Couverture végétale (inversée) • Victimisation dans quartier
2. Hostilité structurelle et symbolique	<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination perçue ^b(indicateur partiel)
3. Hostilité perçue et vécue	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de sécurité (individuel) (ESCC, 2015) • Sentiment de sécurité (quartier) • Sentiment d'être bienvenu·e

Les variables contextuelles d'hostilité du quartier ont été construites à partir des réponses individuelles de l'ESG 2014, puis spatialisées et agrégées au niveau des aires de diffusion par krigeage de régression selon la méthodologie développée et validée par Rodrigues et al. (2026) (voir section 2.1.4.3). Les descriptions qui suivent présentent d'abord la mesure individuelle telle que collectée dans l'ESG, avant sa transformation en indicateur contextuel d'exposition au niveau du quartier, ou de l'ESCC. Ensuite, une description sommaire de la méthode d'estimation des indicateurs de l'exposition aux dimensions du quartier hostile sera présentée (voir Rodrigues et al., 2026, pour une description complète). Ces indicateurs permettent de représenter l'aspect multidimensionnel de l'hostilité résidentielle et d'examiner ses associations avec la santé mentale autodéclarée.

Il importe de noter que l'opérationnalisation proposée capture principalement les dimensions matérielle (désordre, espaces verts) et perçue (sécurité, sentiment d'appartenance) du quartier hostile. La dimension structurelle et symbolique, qui inclut conceptuellement la stigmatisation médiatique, le profilage territorial et l'abandon institutionnel, est plus difficilement mesurable

^b Note: La dimension 2 (hostilité structurelle) est partiellement opérationnalisée en raison des limites des enquêtes utilisées, qui ne comportent pas de mesures directes de la stigmatisation médiatique, du profilage territorial ou de l'abandon institutionnel.

à partir des enquêtes populationnelles mobilisées. Seule la discrimination perçue individuelle constitue un indicateur partiel de cette dimension. Cette limitation reflète les contraintes du cadre d'un mémoire de maîtrise, ainsi que celles inhérentes à l'analyse secondaire de données d'enquête, qui ne comportent pas de questions spécifiques sur ces processus structurels. Les résultats doivent donc être interprétés en tenant compte de cette opérationnalisation partielle du concept de quartier hostile

Le sentiment de sécurité de l'individu

Cette variable, issue de l'ESCC 2015, mesure le sentiment personnel de sécurité face à la criminalité dans le quartier. Bien qu'elle se concentre spécifiquement sur la perception du danger lié au crime, elle constitue un indicateur de l'expérience subjective de l'insécurité environnementale, dimension importante de l'hostilité perçue telle que conceptualisée dans ce mémoire (voir section 1.5.2.4)

Les répondant·e·s ont indiqué leur degré d'accord avec l'énoncé suivant : « *Le taux de criminalité dans le quartier fait qu'il est dangereux d'y marcher la nuit.* » Les modalités de réponse étaient : Totalemment en désaccord (1), Plutôt en désaccord (2), Plutôt en accord (3) et Totalemment en accord (4). Pour les analyses, les réponses : Plutôt en accord (3) et Totalemment en accord (4) ont été regroupées et codées 1 = insécurité, tandis que Totalemment en désaccord (1) et Plutôt en désaccord (2) ont été regroupées et codées 0 = sécurité

Victimisation dans le quartier

L'exposition à la victimisation au niveau du quartier représente la victimisation non-violente (par exemple, effraction, vol de biens domestiques, vol de véhicules à moteur, vol de biens personnels) et la victimisation violente (par exemple, agression sexuelle ou physique, vol qualifié). Les deux mesures excluent les violences infligées par les conjoints/partenaires/ex-conjoints/ex-partenaires. Les variables relatives à l'exposition à la victimisation au niveau du quartier ont été obtenues en distinguant les répondant·e·s de l'ESG vivant dans le quartier qui ont déclaré avoir été victimisés au cours des 12 derniers mois (1) de ceux qui ne l'ont pas été (0). Dans cette étude, la victimisation autorapportée est mobilisée comme mesure de l'exposition au crime, plutôt que les statistiques policières. Ce choix méthodologique

s'appuie sur une tradition de recherche en criminologie et en santé publique qui souligne que les données policières sous-estiment souvent certains crimes, en particulier ceux qui ne sont pas déclarés (Lauritsen et Heimer 2010). Les enquêtes de victimisation permettent ainsi de saisir plus fidèlement l'expérience vécue des individus face au crime et à l'insécurité (Skogan 1990 ; Pain 2000). Des travaux ont utilisé la victimisation autorapportée comme indicateur pertinent de l'exposition à la criminalité et de ses effets psychosociaux (Sampson et Raudenbush 1999 ; Zeiders, Hoyt, et Adam 2014). Cette approche présente donc l'avantage de mieux refléter la réalité quotidienne des habitants.

Discrimination dans le quartier

Dans l'ESG 2014, les répondant·e·s ont indiqué s'ils avaient été victimes de discrimination au cours des cinq dernières années : « Au cours des cinq dernières années, avez-vous été victime de discrimination ou traité injustement par d'autres personnes au Canada en raison de votre ethnicité ou votre culture, de votre race ou couleur de peau, ou de votre religion ? » (Oui/Non).

Sentiment de sécurité dans le quartier

L'exposition à l'insécurité dans le quartier a été évalué à l'aide d'une question dans laquelle les personnes devaient indiquer dans quelle mesure elles se sentaient en sécurité lorsqu'elles marchaient seules dans leur quartier après la tombée de la nuit (« Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'abri de la criminalité lorsque vous marchez seul(e) dans votre quartier après la tombée de la nuit ? Vous sentez-vous... »). Les choix de réponse allaient de 1 (très en sécurité) à 5 (ne pas marcher seul). Une mesure dichotomique a été créée en différenciant les participant·e·s qui ont déclaré se sentir très en sécurité ou raisonnablement en sécurité (1) de ceux qui ont répondu se sentir assez peu en sécurité, peu en sécurité ou ne pas marcher seul (0).

Le désordre social et physique du quartier

L'exposition à désordre social et physique dans le quartier est mesurée par la présence de problèmes tels que les nuisances sonores, les déchets ou le vandalisme. Cette variable est mesurée à partir de la question suivante : « Dans votre quartier, à quel point les éléments suivants posent-ils problème ? » : Voisins bruyants, personnes qui traînent, déchets ou détrit

qui traînent, vandalisme ou graffitis ou dommages aux biens ou aux véhicules, personnes qui consomment ou vendent de la drogue, et personnes ivres ou tapageuses dans les lieux publics. L'échelle de réponse va de 1 (pas du tout un problème) à 4 (un gros problème). Une variable dichotomique a été obtenue en distinguant les participant·e·s ayant répondu « pas de problème du tout » pour toutes les questions (0) de ceux ayant déclaré un problème faible, modéré ou important pour au moins une question (1). »

Le sentiment d'être bienvenu·e dans le quartier

L'inclusion sociale dans le quartier a été mesurée à l'aide de la question : « En général, diriez-vous que vous vivez dans une communauté accueillante ? » avec des choix de réponses : oui (1) ou non (0).

Couverture végétale dans le quartier

Couverture végétale dans le quartier a été mesurée à l'aide de l'indice de canopée urbaine (CANU), qui correspond à la proportion de la surface au sol couverte par les cimes d'arbres. Cet indicateur, dérivé de données géospatiales, est couramment utilisé pour évaluer la couverture arborée des milieux urbains (Gouvernement du Canada 2022). Pour cette analyse, la mesure a été inversée de sorte qu'une faible couverture végétale indique une hostilité matérielle plus élevée. Des travaux antérieurs ont montré que la distribution de la canopée urbaine à Montréal présente d'importantes disparités sociales et territoriales (Apparicio et al. 2012).

2.1.4.3. Méthode d'intégration spatiale

L'approche méthodologique utilisée pour créer les mesures du quartier hostile est décrite en détail dans Rodrigues et al. (2026). Brièvement, pour opérationnaliser les variables contextuelles relatives à l'hostilité du quartier, les participant·e·s ont été géolocalisés à partir du centroïde de leur code postal, avec un léger déplacement aléatoire afin de limiter le regroupement spatial. Les données ont ensuite été appariées aux aires de diffusion (AD) à l'aide du fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada. Bien que recueillies

sous forme ordinale, les variables contextuelles ont été dichotomisées afin d'assurer l'homogénéité des analyses.

La méthode de krigeage de régression (RK) a été retenue, car elle permet de combiner les effets de variables explicatives avec l'autocorrélation spatiale des résidus (Rodrigues et al. 2026). Concrètement, des régressions logistiques ont d'abord permis d'identifier les déterminants sociodémographiques significatifs. Les résidus de ces modèles ont ensuite été interpolés sur une grille de 50 m × 50 m à l'aide du krigeage, une résolution choisie pour capter les variations locales du milieu urbain avant agrégation au niveau des AD. Les prédictions combinant régression et interpolation ont été évaluées à l'aide de l'aire sous la courbe (AUC) de la courbe ROC, puis agrégées au niveau des AD pour produire une estimation spatialisée de l'exposition aux différentes dimensions de l'hostilité du quartier. Cette approche permet d'obtenir des estimations plus fines et plus robustes que les interpolations classiques, en intégrant simultanément la dimension sociale et spatiale des environnements urbains. Comme précisé plus haut, ces variables ont été validées dans l'article de Rodrigues et al. 2026.

2.1.4.4.Stratégie analytique

L'approche analytique adoptée dans ce mémoire s'inscrit dans une logique explicative visant à identifier les facteurs individuels et contextuels associés à la santé mentale autodéclarée. En cohérence avec les théories intersectionnelle et socio-écologique. L'opérationnalisation dans ce mémoire se concentre principalement sur la dimension raciale, en stratifiant les analyses selon l'appartenance à une minorité visible. Cette focalisation permet d'examiner en profondeur comment le statut minoritaire module la relation entre l'hostilité du quartier et la santé mentale, tout en reconnaissant que d'autres rapports sociaux (genre, classe, âge) sont pris en compte comme variables de contrôle plutôt que comme axes d'analyse intersectionnelle à part entière. Autrement dit, il s'agit de tester l'hypothèse selon laquelle les mécanismes reliant l'environnement du quartier à la santé mentale ne s'expriment pas de la même façon pour les groupes majoritaires et minoritaires.

De manière opérationnelle, l'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes. D'abord, des analyses descriptives ont permis de caractériser l'échantillon sur le plan sociodémographique et de décrire la distribution des variables d'intérêt. Ensuite, des analyses bivariées (tests du khi-deux et régressions logistiques simples) ont examiné les associations initiales entre chaque facteur

individuel et contextuel et la santé mentale autodéclarée. Enfin, des analyses multivariées par régression logistique ont permis d'identifier les facteurs associés à la santé mentale, en contrôlant pour l'ensemble des variables retenues.

Des régressions logistiques multivariées ont estimé la probabilité de déclarer une bonne vs mauvaise santé mentale selon les facteurs individuels et contextuels. Les facteurs d'inflation de la variance (VIF) ont été vérifiés afin de s'assurer de l'absence de multicollinéarité problématique ($VIF < 5$ pour toutes les variables).

Trois modèles ont été construits : (1) un modèle général sur l'échantillon complet incluant le revenu ;(2) un modèle de sensibilité excluant le revenu, afin d'examiner la robustesse des associations et d'isoler l'effet propre des indicateurs d'hostilité résidentielle. Ce choix s'appuie sur l'argumentaire de Coburn (2004), qui rappelle que les inégalités économiques exercent un effet structurant transversal sur la santé, au point de masquer ou de médiatiser d'autres déterminants sociaux. En retirant le revenu, l'objectif est de vérifier si l'association entre quartier hostile et santé mentale persiste indépendamment du statut socioéconomique, ou si elle est largement absorbée par celui-ci ; (3) des modèles stratifiés selon le statut de minorité visible, permettant d'examiner si les associations diffèrent entre groupes minoritaires et non minoritaires. Cette stratégie analytique permet donc à la fois de distinguer les effets attribuables aux conditions économiques générales de ceux liés aux dimensions spécifiques d'hostilité du quartier, et d'évaluer la solidité des relations observées dans différents sous-groupes de population.

L'ensemble des analyses a été effectué à l'aide du logiciel R.

2.1.4.5. Traitement des données manquantes

Les données manquantes ont été traitées par exclusion complète. Ainsi, seuls les participant·e·s ayant fourni des réponses complètes pour les variables d'intérêt ont été retenus pour les analyses statistiques, soit 1 119 individus sur un échantillon initial de 1 281 (87,4 %). Cette approche peut introduire certains biais, bien que ceux-ci demeurent limités lorsque le taux de données manquantes est faible (12,6 % dans le présent cas).

Le chapitre suivant prend la forme d'un article scientifique rédigé pour diffusion académique. Il présente les résultats issus de l'approche méthodologique décrite précédemment et discute leur portée à la lumière des cadres théoriques mobilisés

3. CHAPITRE III - L'ARTICLE

LA SANTÉ MENTALE DES MINORITÉS VISIBLES À MONTREAL AU PRISME DE L'HOSTILITÉ DU QUARTIER.

TITRE COURT : Quartier hostile et santé mentale des minorités visibles à Montréal

Journal: Revue Canadienne de santé publique

Chedeline CHERIFIN ARISTE

Centre Urbanisation Culture Société, Institut national de la recherche scientifique

Carolyn Côté-Lussier

Centre Urbanisation Culture Société, Institut national de la recherche scientifique

Paul RODRIGUES

Centre Urbanisation Culture Société, Institut national de la recherche scientifique

3.1. Formulaire d'inclusion d'un article au mémoire de maîtrise

3.1.1. Identification de l'étudiant

Nom, prénom ; CHERIFIN ARISTE, Chedeline

3.1.2. Description de l'article

Titre :	La santé mentale des minorités visibles à Montréal au prisme de l'hostilité du quartier
Nom des auteurs :	Chedeline CHERIFIN ARISTE, Carolyn COTE-LUSSIER, Paul RODRIGUES
Revue avec comité de lecture	Revue Canadienne de santé publique
État du cheminement :	<input type="radio"/> Publié <input type="radio"/> Sous presse <input type="radio"/> Accepté moyennant modifications <input checked="" type="radio"/> Soumis
Résumé	Les inégalités de santé mentale en milieu urbain résultent de l'interaction entre facteurs individuels et contextuels. L'objectif de cet article est d'examiner, selon une approche intersectionnelle et socio-écologique, l'association entre la santé mentale et l'hostilité du quartier, et évaluer si cette relation varie en fonction de

	<p>l'appartenance à une minorité visible. À partir de données couplées de l'ESCC (2015) et de l'ESG (2014) (N = 1 119), nous estimons des régressions logistiques multivariées et des modèles stratifiés selon le statut de minorité visible, en considérant notamment la racialisation, le revenu, la scolarité, le désordre social et physique du quartier, le sentiment de sécurité et la discrimination. Les résultats montrent que les minorités visibles et les femmes sont moins susceptibles de déclarer une bonne santé mentale. Les analyses stratifiées mettent en évidence des profils différenciés : la discrimination dans le quartier est associée à une moins bonne santé mentale chez les minorités visibles, tandis que, chez les non-minoritaires, l'association marquante concerne le désordre social et physique du quartier. L'étude confirme que la santé mentale urbaine résulte d'interactions entre déterminants individuels et contextuels, met au premier plan le rôle de la racialisation et la notion d'hostilité du quartier, et appelle des politiques publiques qui intègrent les déterminants environnementaux de la santé ainsi que le développement de services de santé mentale culturellement sécuritaires dans les quartiers à forte concentration de minorités visibles.</p>
--	--

* Si l'article est écrit dans une autre langue que le français, veuillez inclure également un résumé en français.

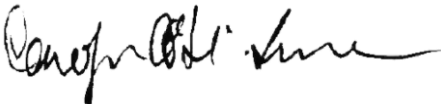

3.1.3. Contribution de chaque coauteur

Pour un article à plusieurs auteurs, veuillez détailler la contribution de chacun.

Identification des coauteurs	Description de la contribution
Carolyn COTE-LUSSIÉ	Soutien méthodologique (conseils pour le choix et la mise en œuvre de la méthodologie), aide à l'écriture (relectures des différentes parties, commentaires et suggestions pour l'écriture et l'interprétation des résultats), accompagnement et conseils pour l'écriture d'un article (introduction, cadre théorique et conceptuel et problématique de recherche)
Paul RODRIGUES	Soutien méthodologique (conseils pour le choix et la mise en œuvre de la méthodologie, aide dans l'analyse des données et l'interprétation des résultats)

3.1.4. Déclaration

À titre de coauteur de l'article mentionné ci-haut, j'autorise Chedeline Cherifin Ariste à intégrer l'article dans son mémoire de maîtrise.

Coauteur(e)	Signature	Date
Carolyn COTE-LUSSIER		14-10-2025
Paul RODRIGUES		06-10-2025

Résumé

Objectif : Examiner l'association entre la santé mentale, les caractéristiques individuelles et l'hostilité du quartier selon une approche intersectionnelle et socio-écologique, et évaluer si cette association varie selon le statut de minorité visible.

Méthode : À partir de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (N=1 119), des régressions logistiques multivariées, incluant des modèles stratifiés selon le statut minoritaire, examinent les relations entre la santé mentale auto-déclarée, les déterminants individuels (genre, revenu, scolarité) et les déterminants liés à l'hostilité du quartier (désordre social, sentiment de sécurité, discrimination)

Résultats : Les minorités visibles et les femmes en générale rapportent une santé mentale significativement moins favorable. Le revenu, le diplôme postsecondaire ou universitaire et le sentiment de sécurité individuel sont bénéfiques pour la santé mentale. Les analyses stratifiées révèlent des associations différenciées avec l'hostilité du quartier : la discrimination dans le quartier est significativement et négativement associée à la santé mentale des minorités visibles, tandis que le désordre social et physique l'est pour les non-minorités.

Conclusion : Cette étude met en lumière le rôle structurant de la racialisation dans la problématique de santé mentale en milieu urbain. En intégrant la notion d'hostilité du quartier, les résultats contribuent à une compréhension plus fine des inégalités en santé mentale et souligne la nécessité de politiques de santé publique culturellement sécuritaires et sensibles aux dynamiques locales dans les quartiers à forte concentration de minorités visibles.

Mots-clés : Santé mentale ; minorités visibles ; discrimination raciale ; inégalités sociales ; environnement urbain ; intersectionnalité.

Abstract

Objective: To examine, using an intersectional and socio-ecological approach, the association between mental health, individual characteristics, and neighborhood hostility, and to assess whether this relationship varies according to visible minority status.

Method: Based on data from the Canadian Community Health Survey (CCHS) (N=1,119), multivariate logistic regressions, including models stratified by minority status, examine the relationships between self-reported mental health, individual determinants of (gender, income, education) and determinants linked to neighborhood hostility (social disorder, sense of safety, discrimination).

Results: Visible minorities and women in general report significantly poorer mental health. Income, postsecondary diploma or university degree, and individual's sense of safety are beneficial for mental health. Stratified analyses reveal differentiated associations with exposure to a hostile neighborhood: discrimination in the neighborhood is significantly and negatively associated with the mental health of visible minorities, while social and physical disorder in the neighborhood is associated with the mental health of non-minorities.

Conclusion: This study highlights the structural role of racialization in mental health issues in urban areas. By incorporating the concept of neighborhood hostility, this research contributes to a more nuanced understanding of mental health inequalities and underscores the need for public health policies that are culturally safe and sensitive to local dynamics in neighborhoods with high concentrations of visible minorities.

Keywords: Mental health; visible minorities; racial discrimination; social inequalities; urban environment; intersectionality.

3.1. Introduction

Montréal est reconnue pour sa diversité ethnoculturelle et son multiculturalisme, mais cette diversité ne garantit pas un accès égal à un environnement sécurisant et inclusif. Des travaux ont montré que les minorités visibles demeurent particulièrement exposées à la ségrégation socio-spatiale, à la marginalisation et aux inégalités structurelles (DSP Montréal 2020 ; Eid 2012). Ces inégalités se concentrent dans certains quartiers, notamment de Montréal Nord, caractérisés par une forte proportion de minorités visibles et de ménages à faibles revenus, où l'on observe des enjeux d'insécurité, de stigmatisation médiatique et de désinvestissement institutionnel (Bellot et al. 2024).

Plusieurs recherches soulignent le rôle de l'environnement résidentiel dans la santé mentale (Kawachi et al. 2014 ; Ross et Mirowsky 2009). L'exposition à la criminalité et au désordre urbain fragilise le bien-être psychologique et favorise l'anxiété et le stress chronique (Lorenc et al. 2012). Pour les minorités visibles, ces effets s'ajoutent à des discriminations systémiques, amplifiant la vulnérabilité psychologique (Drapeau et al. 2012 ; Paradies 2006). Toutefois, les interactions entre l'environnement urbain et la santé mentale des personnes racialisées demeurent insuffisamment documentées au Canada, en particulier à Montréal.

Adoptant une approche socio-écologique et intersectionnelle (Crenshaw 1990 ; Kawachi et al. 2014 ; Williams et Lawrence 2019), cet article mobilise le concept de quartier hostile, défini comme un environnement résidentiel marqué par trois dimensions interdépendantes : l'hostilité matérielle (dégradation physique et exposition au crime), l'hostilité structurelle (discrimination raciale et stigmatisation territoriale), et l'hostilité perçue (sentiment de sécurité et de non-appartenance). Ce cadre intègre explicitement les dynamiques de racialisation qui façonnent différemment l'expérience urbaine et ses effets sur la santé mentale. L'hostilité affecte la santé mentale par des mécanismes cumulatifs : l'hostilité matérielle génère stress et anxiété (Lorenc et al. 2012), l'hostilité structurelle érode le bien-être des populations racialisées (Paradies 2006 ; Williams et Lawrence 2019), et l'hostilité perçue fragilise le sentiment d'appartenance (Ross et Mirowsky 2001).

Cet article poursuit donc deux objectifs : (1) évaluer l'association entre l'hostilité du quartier résidentiel et la santé mentale autodéclarée des répondant·e·s de Montréal ; (2) examiner dans quelle mesure ces associations varient selon l'appartenance à une minorité visible. Deux hypothèses sont formulées : (H1) les personnes issues de minorités visibles sont plus

susceptibles de rapporter une mauvaise santé mentale que les personnes n'appartenant pas à une minorité visible ; (H2) l'association entre l'hostilité du quartier et la santé mentale varie selon l'appartenance raciale.

3.2. Méthodologie

3.2.1. Source de données et population

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2015), une enquête transversale représentative de la population canadienne de 12 ans et plus, fondée sur un plan d'échantillonnage probabiliste stratifié à trois degrés couvrant les 110 régions sanitaires du Canada (Statistique Canada 2017a). Elles ont été complétées par l'Enquête sociale générale sur la sécurité des Canadiens (ESG 2014), qui documente la victimisation et les perceptions de sécurité (Statistique Canada 2017b), afin de mesurer l'hostilité du quartier. Les données ont été jumelées à partir d'un géocodage au niveau du code postal des répondant·e·s de l'île de Montréal.

3.2.2. Stratégie d'échantillonnage

Le plan d'échantillonnage de l'ESCC repose sur une sélection probabiliste de ménages selon trois bases : 40,5 % proviennent d'une base aréolaire, 58,5 % d'un registre téléphonique, et 1 % par composition aléatoire. Au sein de chaque ménage sélectionné, une seule personne de 12 ans ou plus est interrogée. Pour cette étude, 1 281 répondant·e·s résidant sur l'île de Montréal ont été identifié·e·s par géocodage de leur code postal à six caractères, fournissant ainsi des données individuelles géolocalisées. Les participant·e·s présentant des données manquantes sur les variables d'intérêt (12,6 %, n = 162) ont été exclu·e·s, ramenant l'échantillon final à 1 119 personnes

3.2.3. Variables

3.2.3.1. Variable dépendante

L'ESCC contient un ensemble de mesures sur la santé. La santé mentale autodéclarée a été mesurée par la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est... » Avec cinq modalités de réponse : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise. Cette variable a

été dichotomisée pour les analyses : bonne santé mentale (excellente/très bonne/bonne=1) vs mauvaise santé mentale (passable/mauvaise=0).

3.2.3.2. *Variables indépendantes mesurées à l'échelle individuelle*

Les variables individuelles incluaient : l'âge (en années), le sexe (homme = 1, femme = 2), le statut de minorité visible autodéclaré (oui = 1, non = 0), le niveau d'étude (études secondaires partielles = 1, diplôme d'études secondaires sans études postsecondaires = 2, certificat/diplôme d'études postsecondaires ou grade universitaire = 3), le revenu du ménage en quartiles (29 000 ou moins, 30 000 - 59 999, 60 000 - 99 999, 100 000 ou plus).

3.2.3.3. *L'Hostilité du quartier*

L'hostilité du quartier a été opérationnalisée à partir de sept variables contextuelles correspondant aux trois dimensions conceptuelles, toutes issues de l'ESG 2014 à l'exception de la couverture végétale (données géospatiales). L'hostilité matérielle comprenait : (1) la victimisation autorapportée (exposition au crime violent ou non-violent dans les 12 derniers mois), (2) le désordre social et physique (présence de débris, vandalisme, bruit, comportements antisociaux), et (3) la couverture végétale inversée (faible indice de canopée urbaine). Le choix de la victimisation autorapportée comme indicateur du crime, plutôt que les statistiques policières, s'appuie sur des travaux montrant que cette mesure capture mieux les crimes non rapportés et l'expérience vécue du crime (Ross et Mirowsky 2001). L'hostilité structurelle a été mesurée par l'exposition à la discrimination dans le quartier (traitement injuste lié à l'ethnicité ou la race au cours des cinq dernières années). Cette mesure reflète les processus systémiques de racialisation qui, bien qu'expérimentés individuellement, révèlent des dynamiques de stigmatisation territoriale (Krieger 2012). L'hostilité perçue regroupait : (1) le sentiment de sécurité personnel (se sentir à l'abri de la criminalité en marchant seul·e la nuit), (2) le sentiment de sécurité au niveau du quartier (perception du danger criminel dans le voisinage), et (3) le sentiment d'être bienvenu·e dans le quartier (perception de vivre dans une communauté accueillante). Ces mesures issues de l'ESG 2014 ont été spatialisées par krigeage de régression et agrégées au niveau des aires de diffusion pour être couplées aux données individuelles de l'ESCC 2015, comme décrit dans une étude de validation actuellement en révision (Rodrigues et al. en révision)

3.2.4. Stratégie analytique

Des modèles de régressions logistiques multivariées ont estimé la probabilité de déclarer une bonne vs une mauvaise santé mentale selon les facteurs individuels et contextuels. Quatre modèles de régression logistique multivariée ont été estimés : (1) un modèle général sur l'échantillon complet incluant le revenu et (2) un modèle excluant le revenu, afin d'examiner les déterminants sociaux de la santé mentale qui sont dissimulés par les liens entre statut socioéconomique et santé mentale. Cette stratégie reconnaît le rôle structurant des inégalités économiques, et vise à distinguer les effets attribuables à l'hostilité du quartier qui risquent d'être masqués par le facteur économique (Coburn, 2004). Finalement, des modèles stratifiés selon l'appartenance à la minorité visible (3) ou non (4) sont estimés. Les facteurs d'inflation de la variance (VIF) ont été vérifiés pour s'assurer de l'absence de multicollinéarité problématique ($VIF < 5$ pour toutes les variables).

3.3. Résultats

3.3.1. Analyses descriptives

Les caractéristiques des participant·e·s sont présentées au Tableau 1. Plus de 52 % sont des femmes, et l'âge moyen est de 47 ans. Environ un quart (25 %) s'identifie comme appartenant à une minorité visible. Près de 68 % détiennent un diplôme postsecondaire ou universitaire. La distribution du revenu met en évidence des écarts marqués selon le statut minoritaire : chez les minorités visibles, 35,2 % se situent dans la tranche intermédiaire (30 000 \$ à 59 999 \$) et 32,4 % gagnent moins de 30 000 \$, tandis que les Non minorités visibles sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer un revenu supérieur à 100 000 \$ (25,4 % contre 14,8 % pour les minorités) (Tableau 3, annexe). Dans l'ensemble, 72 % de l'échantillon rapportent une bonne santé mentale. Ce taux varie selon le statut minoritaire : 73,7 % chez les Non minorités visibles contre 66,5 % chez les minorités visibles (Tableau 4, annexe). Les femmes issues de minorités visibles présentent le taux le plus faible (61,8 %, Tableau 5, annexe).

Tableau 2 : Les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles de l'échantillon

Caractéristiques	Total	
	N = 1 119	
	N	%
	(M)	(É.-T.)
Variables individuelles		
Âge (années)	(46,9)	(19,6)
Sexe		
Homme	533	47,6
Femme	586	52,4
Niveau de diplomation		
Études secondaires partielles	197	14,4
Diplôme d'études secondaires (aucune étude postsecondaire)	162	17,6
Certificat/Diplôme d'études postsecondaire ou grade universitaire)	760	67,9
Statut de minorité visible		
Oui	284	25,3
Non	835	74,6
Santé mentale		
Bonne	805	72
Mauvaise	314	28
Revenu total du ménage		

29 000 ou moins	314	28
30 000 - 59 999	327	29
60 000 - 99 999	227	20
100 000 ou plus	251	23

Variables hostilité du quartier

Sentiment de sécurité de l'individu

En insécurité	229	20,5
En sécurité	890	79,5
Victimisation dans le quartier	(3,03)	(1)
Discrimination dans le quartier	(2,3)	(1,3)
Désordre social et physique dans le quartier	(14,6)	(5,1)
Sentiment de sécurité au niveau du quartier	(23,4)	(5,9)
Couverture végétale dans le quartier	(25,8)	(9)
sentiment d'être bienvenu-e dans le quartier	(90,1)	(7,7)

3.3.2. Associations entre les déterminants individuels, le contexte résidentiel et la santé mentale

Dans le modèle 1 (Tableau 2), les femmes avaient 24 % moins de chance de déclarer une bonne santé mentale comparativement aux hommes (RC 0,76 ; IC 95 % 0,57 - 0,99). Concernant le revenu, comparativement aux personnes ayant un revenu inférieur à 30 000 \$, celles dont le revenu du ménage se situait entre 60 000 \$ et 99 999 \$ avaient 2,22 fois plus de chances de déclarer une bonne santé mentale (RC = 2,22 ; IC 95 % : 1,50 - 3,41), tandis que celles dont le revenu était de 100 000 \$ ou plus présentaient 3,13 fois plus de chance (RC = 3,13 ; IC 95 % : 1,99 - 4,98).

Les autres caractéristiques individuelles (âge, niveau de diplomation) ainsi que les caractéristiques contextuelles du quartier hostile (désordre social et physique, victimisation, sentiment de sécurité individuel et au niveau du quartier, sentiment d'être bienvenu, couverture végétale) n'étaient pas significativement associées à la santé mentale.

Dans le modèle 2, excluant le revenu (Tableau 2), l'appartenance à une minorité visible était significativement associée à la santé mentale : les minorités visibles avaient 29 % moins de chance de déclarer une bonne santé mentale que les Non minorités visibles (RC 0,71 ; IC 95 % 0,52 - 0,98). Il en résulte que le niveau de scolarité postsecondaire ou universitaire apparaissait comme un facteur protecteur pour la santé mentale : comparativement aux personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires, celles détenant un diplôme postsecondaire ou universitaire avaient 59 % plus de chances de déclarer une bonne santé mentale (RC 1,59, IC 95% 1,12 - 2,24). Le sexe est devenu encore plus significatif : les femmes avaient 32 % moins de chance de déclarer une bonne santé mentale comparativement aux hommes (RC 0,68 ; IC 95 % 0,51 - 0,89). Parmi les variables contextuelles, seul le sentiment de sécurité personnel présentait une association significative : les personnes qui se sentaient en sécurité avaient 38 % plus de chance de déclarer une bonne santé mentale (RC = 1,38 ; IC 95 % : 1,00 - 1,91). Les autres indicateurs d'hostilité du quartier n'étaient pas significativement associés à la santé mentale.

3.3.3. Associations stratifiées selon le statut de minorité visible

Dans les analyses stratifiées qui mettent en évidence des associations différenciées selon l'appartenance à une minorité visible, aucun lien significatif n'a été observé entre le sexe ou le niveau d'éducation et la santé mentale chez les minorités visibles. En revanche, chez les Non minorités visibles, les femmes avaient 32 % moins de chance de déclarer une bonne santé mentale comparativement aux hommes (RC = 0,68 ; IC 95 % : 0,49 - 0,94) ; les personnes ayant complété un diplôme postsecondaire ou universitaire présentaient 40 % plus de chance de rapporter une bonne santé mentale que celles n'ayant pas terminé leurs études secondaires (RC = 1,40 ; IC 95 % : 1,13 - 2,53).

Concernant les associations avec l'hostilité du quartier, le sentiment de sécurité individuel constituait un facteur protecteur uniquement chez les Non minorités visibles : les personnes se sentant en sécurité avaient 2,24 fois plus de chance de déclarer une bonne santé mentale comparativement à ceux qui se sentent en insécurité (RC = 2,24 ; IC 95 % : 1,07 - 2,32).

L'exposition au désordre social et physique présentait un effet différentiel : chaque augmentation en matière de désordre réduisait de 10 % la chance d'avoir une bonne santé mentale chez les Non minorités visibles (RC = 0,90 ; IC 95 % : 0,85 - 0,97), alors que la tendance était inverse, bien que non significative, chez les minorités visibles.

Enfin, l'exposition à la discrimination dans le quartier apparaissait comme un facteur de risque spécifique aux minorités visibles, chaque augmentation réduisant de 31 % la chance d'avoir une bonne santé mentale (RC = 0,69 ; IC 95 % : 0,49 - 0,95), alors qu'aucune association significative n'était observée chez les Non minorités visibles. Les autres variables contextuelles (victimisation, sentiment de sécurité, sentiment d'accueil, couverture végétale) ne montraient pas d'association significative dans les deux sous-populations.

Tableau 3 : Rapport de côtes (RC) et intervalle de confiance à 95 % des variables prédictives de la santé mentale incluant les déterminants individuels et contextuels (Modèles 1 et 2)

Variables	Modèle 1 ³			Modèle 2 ⁴		
	RC	[IC 95%]	P-valeur ^c	RC	[IC 95%]	P-valeur ^c
Variables individuelles						
Âge	1,01	[0,99 – 1,01]	0,19	1,00	[0,99 – 1,01]	0,58
Sexe	0,76	[0,57 – 0,99]	0,05*	0,68	[0,51 – 0,89]	0,005**
Niveau de diplomation						
Diplôme d'études secondaires (aucune étude postsecondaire)	1,17	[0,74 – 1,86]	0,49	1,22	[0,77– 1,92]	0,40
Certificat / diplôme d'études postsecondaire ou grade universitaire)						

³ Modèle de régression avec la variable revenu. Les groupes de référence sont : homme, aucun diplôme secondaire,

⁴ Modèle de régression sans la variable revenu

Les seuils de significativité statistique sont *p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

Notes : Les rapports de cotes (RC) comparent chaque modalité à une catégorie de référence pour les variables catégorielles, et représentent le changement dans les chances pour une augmentation d'une unité pour les variables continues. Groupes de référence : Homme (sexe), aucun diplôme (niveau de diplomation), revenu < 30 000 \$ (revenu total du ménage), sentiment d'insécurité (sentiment de sécurité), non minorité visible (statut de minorité visible).

	1,32	[0,92 – 1,88]	0,12	1,59	[1,12 – 2,24]	0,008 **
Revenu total du ménage						
30 000 - 59 999	1,29	[0,92 – 1,80]	0,13			
60 000 - 99 999	2,22	[1,48 – 3,37]	< 0. 001 ***			
100 000 ou plus	3,13	[1,99 – 4,98]	< 0.001 ***			
Statut de minorité visible	0,83	[0,60 – 1,15]	0,25	0,71	[0,52 – 0,98]	0,03*
Hostilité du quartier						
Sentiment de sécurité de l'individu	1,31	[0,94 – 1,82]	0,11	1,38	[1,00 – 1,91]	0,05*
Désordre social et physique dans le quartier	0,99	[0,93 – 1,04]	0,64	0,97	[0,92 – 1,03]	0,33
Couverture végétale dans le quartier	1,00	[0,98 – 1,01]	0,67	1,00	[0,98 – 1,01]	0,70
Victimisation dans le quartier	0,95	[0,81 – 1,12]	0,74	0,94	[0,80 – 1,10]	0,67
Discrimination dans le quartier	0,98	[0,84 – 1,13]	0,80	0,97	[0,83 – 1,11]	0,42

Sentiment de sécurité dans le quartier	0,99	[0,96 – 1,02]	0,43	0,99	[0,95– 1,01]	0,24
Sentiment d’être bienvenu·e dans le quartier	0,99	[0,97 – 1,02]	0,92	0,98	[0,96– 1,01]	0,32

Tableau 4 : Rapport de côtes (RC) et intervalle de confiance à 95 % des variables prédictives de la santé mentale incluant les déterminants individuels et contextuels selon l’appartenance à la minorité visible (Modèle 3) ou non (Modèle 4)

Variables	Modèle 3 ⁵			Modèle 4 ⁶		
	RC	[IC 95%]	P-valeur ^c	RC	[IC 95%]	P-valeur ^c
Variables individuelles						
Âge	0,99	[0,97 – 1,00]	0,11	0,99	[0,99 – 1,01]	0,12
Sexe	0,62	[0,37 – 1,04]	0,07	0,68	[0,49 – 0,94]	0,02*

⁵ Modèle de régression pour la population appartenant à la minorité visible.

⁶ Modèle de régression pour la population n’appartenant pas à la minorité visible

Les seuils de significativité statistique sont *p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

Notes : Les rapports de cotes (RC) comparent chaque modalité à une catégorie de référence pour les variables catégorielles, et représentent le changement dans les chances pour une augmentation d’une unité pour les variables continues. Groupes de référence : Homme (sexe), aucun diplôme (niveau de diplomation), revenu < 30 000 \$ (revenu total du ménage), sentiment d’insécurité (sentiment de sécurité), non minorité visible (statut de minorité visible).

Niveau de diplomation

Diplôme d'études secondaires

(aucune étude postsecondaire)

0,92 [0,35 – 2,42] 0,86 0,88 [0,84 – 2,43] 0,179

Certificat/diplôme d'études

postsecondaire ou grade

universitaire)

1,57 [0,72 – 3,38] 0,24 1,40 [1,13 – 2,53] 0,009**

Hostilité du quartier

Sentiment de sécurité

1,08 [0,56 – 2,05] 0,80 2,24 [1,07 – 2,32] 0,05*

Désordre social et physique dans le quartier

1,09 [0,99 – 1,22] 0,08 0,90 [0,85 – 0,97] 0,005**

Victimisation dans le quartier

0,95 [0,67 – 1,33] 0,74 0,92 [0,82 – 1,24] 0,76

Discrimination dans le quartier

0,69 [0,49 – 0,95] 0,02* 0,98 [0,92 – 1,34] 0,31

Sentiment de sécurité dans le quartier

0,99 [0,95 – 1,05] 0,88 0,93 [0,95 – 1,01] 0,22

Sentiment d'être bienvenu·e dans le quartier	1,05	[0,88 – 1,25]	0,58	1,08	[0,88 – 1,10]	0,20
Couverture végétale dans le quartier	1,02	[0,94 – 1,05]	0,28	0,99	[0,96 – 1,01]	0,31

3.4. Discussion

Cette étude met en évidence des disparités marquées en matière de santé mentale autodéclarée à Montréal selon l'appartenance à une minorité visible. Les minorités visibles présentent 29 % moins de chance de rapporter une bonne santé mentale que les non minorités visibles ; ce qui converge avec des travaux montrant l'impact de la discrimination systémique, du profilage racial et des divers barrières à la santé mentale (linguistiques, accès aux soins et/ou culturellement adaptés) (Grace et al. 2016 ; Mahinpey 2025). Les femmes ont 24 % moins de chance de rapporter avoir une bonne santé mentale que les hommes, rejoignant les observations documentant leurs expositions aux iniquités structurelles (emplois précaires) et aux violences (Drapeau Marchand et Forest 2014 ; Garner et Selod. 2015 ; Kennedy et al. 2023). Ces vulnérabilités se croisent chez les femmes de minorités visibles : seulement 61,8 % d'entre elles déclarent une bonne santé mentale, contre 71,4 % chez leurs homologues masculins, illustrant les dynamiques intersectionnelles où genre et racialisation interagissent (Crenshaw 1990 ; Williams et Lawrence 2019).

L'association positive entre l'éducation et la santé mentale observée chez les Non minorités visibles reflète l'effet protecteur classique d'un diplôme postsecondaire, qui favorise l'accès à des ressources économiques et sociales qui sont bénéfiques pour la santé mentale (Collins 2019; Fleury et al. 2016). En revanche, cette relation n'est pas significative chez les minorités visibles. Ce résultat pourrait être expliqué par le manque de puissance statistique. Il est également possible que ce résultat rejoigne la littérature sur le *déclassement scolaire et professionnel* des personnes de minorités visibles, souvent très qualifiées mais confrontées à la sous-valorisation de leurs diplômes, à la non-reconnaissance de leurs compétences ou à la ségrégation du marché du travail (Houle et Yssaad 2010 ; Oreopoulos 2011 ; Rousseau 2020). Dans ce contexte, l'éducation ne garantit pas les mêmes retombées sociales et économiques que pour les non-minorités. Au contraire, ces disparités peuvent accentuer le sentiment de frustration lié au décalage entre attentes et opportunités réelles (Oreopoulos 2011). Ce constat met en évidence que les effets protecteurs de l'éducation sur la santé mentale dépendent étroitement du statut social et racial, et ne peuvent être analysés indépendamment des dynamiques de discrimination et de racisme structurel (Williams et Lawrence 2019).

Le revenu, quant à lui, apparaît comme un déterminant central de la santé mentale. Les personnes ayant un revenu élevé présentent plus du double de chances de rapporter une bonne

santé mentale, ce qui confirme le rôle protecteur du statut socioéconomique déjà établi dans la littérature (Marmot et Wilkinson, 2006 ; Caron et Guay 2005; Mahinpey 2025). Cependant, l'intégration du revenu pour prédire la santé mentale tend à atténuer l'effet de certaines dimensions constitutives du quartier hostile en particulier la discrimination et le désordre social, ce qui suggère qu'il agit en partie comme médiateur entre les inégalités structurelles, le vécu résidentiel et les vulnérabilités en matière de santé mentale. Ces constats rejoignent les analyses socio-écologiques qui soulignent que le revenu module à la fois les ressources matérielles disponibles, et la manière dont les conditions de vie sont perçues et vécues (Brown et al. 2021 ; Caron et Guay 2005 ; Fleury et al. 2016). Les personnes à revenu élevé disposent d'une plus grande latitude dans le choix de leur quartier, leur permettant d'éviter les environnements hostiles, contrairement aux ménages à faible revenu qui subissent davantage de contraintes spatiales (Ross et Mirowsky 2001 ; Lorenc et al. 2012). Dans ce cadre, le statut minoritaire peut renforcer les effets du revenu en accroissant non seulement la probabilité de résider dans des environnements plus hostiles, mais également en accroissant la vulnérabilité à certains éléments hostiles du quartier (Williams et Lawrence 2019). Bien que notre étude n'ait pas testé directement cette interaction, de futures recherches pourraient s'y pencher.

Au-delà des caractéristiques individuelles, nos analyses révèlent que l'exposition aux différentes dimensions d'hostilité du quartier affecte différemment les groupes sociaux. Conformément aux travaux antérieurs, l'exposition aux incivilités et à la dégradation urbaine est associée à une détérioration du bien-être psychologique (Lorenc et al. 2012 ; Ross et Mirowsky 2001). Dans notre échantillon, le désordre social réduit significativement la probabilité de déclarer une bonne santé mentale parmi la population non minorité visible. Toutefois, l'association observée chez les minorités visibles suit une tendance inverse, bien que non significative, suggérant une dynamique différente. Deux hypothèses peuvent éclairer ce résultat contre-intuitif. Premièrement, les minorités visibles, fréquemment exposées à des environnements marqués par le désordre, peuvent développer des stratégies d'adaptation basées sur des réseaux de solidarité et la création de liens sociaux positifs, atténuant ainsi l'impact négatif attendu (Vogler 2020 ; Williams et Lawrence 2019). Deuxièmement, bien que les mesures de désordre social mobilisées dans cette étude reflètent les perceptions d'un échantillon représentatif incluant des minorités visibles (ESG 2014), elles reposent sur des questions demandant d'évaluer ce qui « pose problème » dans le quartier, catégorisation qui peut véhiculer des normes culturelles dominantes. Certaines manifestations qualifiées de désordre, comme le bruit, les attroupements, ou l'appropriation de l'espace public, peuvent être

interprétées différemment selon les groupes sociaux : perçues comme dégradation par certains, elles constituent pour d'autres des pratiques culturelles ou communautaires normales, voire des marqueurs de vitalité sociale (Bradford et al. 2025 ; Weisburd et al. 2025). L'association inverse observée chez les minorités visibles pourrait ainsi refléter non pas une absence d'effet du désordre, mais une interprétation différente de ces manifestations urbaines. Ces divergences de représentation rappellent que le désordre social est une construction sociale contextualisée et que ses effets dépendent du regard porté par les divers groupes sociaux.

L'impact de la discrimination sur la santé mentale apparaît comme un facteur structurel majeur et différencié. Les résultats confirment qu'être exposé à davantage de discrimination raciale dans son milieu de vie est significativement associé à une moins bonne santé mentale chez les minorités visibles, mais pas chez les Non minorités visibles. Cette conclusion converge avec des travaux documentant l'effet délétère du racisme et de la stigmatisation sur la santé mentale des populations racialisées au Canada (Kenny et al. 2024 ; Mahinpey 2025 ; Rousseau 2020). Ces résultats révèlent que les expériences de discrimination raciale constituent une forme d'hostilité structurelle qui agit comme déterminant indépendant et puissant du bien-être psychologique.

Enfin, le sentiment de sécurité personnel apparaît comme un facteur protecteur chez les Non minorités visibles, rejoignant les observations antérieures (Lorenç et al. 2012; Palma, Lopes et Monteiro 2012 ; Ross et Mirowsky 2001; Riley et al. 2024), bien qu'aucune association significative n'ait été observée chez les minorités visibles. Cette absence d'effet pourrait refléter une association moins prononcée, possiblement limitée par une puissance statistique liée à la taille restreinte de ce sous-groupe, ce qui empêche de conclure sur la présence ou l'absence d'un véritable mécanisme différencié.

Dans l'ensemble, les résultats révèlent trois tendances majeures. D'une part, les minorités visibles, et les femmes (particulièrement celles issues de la minorité visibles) présentent une vulnérabilité accrue face à la santé mentale. D'autre part, le revenu apparaît comme un facteur déterminant puisqu'il influence les conditions de vie et l'exposition à des risques sociaux. Enfin, en matière d'hostilité au niveau du quartier, certains éléments agissent de façon différenciée selon le statut minoritaire : la discrimination dans son milieu de vie touche principalement les minorités visibles, alors que le sentiment de sécurité individuel et le désordre dans le milieu de vie sont davantage liés à la santé mentale des non-minorités. Pris ensemble, ces constats montrent que la santé mentale en milieu urbain dépend de la diversité

des expériences sociales et résidentielles et soulignent la nécessité de concevoir des interventions adaptées aux réalités différenciées des populations montréalaises.

3.5. Limites et apports de l'étude

Cette étude présente certaines limites, notamment la taille restreinte de certaines sous-populations, ce qui réduit la puissance statistique. Bien que l'étude ait privilégié la victimisation autorapportée pour mieux saisir l'expérience vécue du crime, l'absence de données policières complémentaires limite la capacité de tirer des liens avec le taux de crime officiel des milieux de vie. De plus, cette étude n'a pas pris en compte certains facteurs individuels et contextuels pouvant influencer la santé mentale, notamment le soutien social, les réseaux communautaires, l'historique de migration, et l'accès aux services de santé mentale, ce qui limite la compréhension globale des mécanismes sous-jacents aux inégalités observées.

L'étude offre néanmoins plusieurs apports. La mobilisation du concept de quartier hostile, articulant dimensions matérielles, structurelles et subjectives de l'hostilité environnementale, constitue une contribution originale aux recherches canadiennes sur la santé mentale urbaine. Ce cadre conceptuel permet de dépasser les approches centrées uniquement sur la défavorisation socioéconomique et d'intégrer explicitement les mécanismes de discrimination raciale dans l'analyse des inégalités de santé mentale. L'étude mobilise en outre des données sur la santé mentale qui sont représentatives de la population montréalaise et de nouvelles mesures robustes pour qualifier l'hostilité du quartier.

3.6. Conclusion

Cette étude contribue à combler une lacune importante dans la recherche canadienne sur la santé mentale des minorités visibles. Les résultats confirment partiellement les hypothèses de départ : si les minorités visibles rapportent effectivement une moins bonne santé mentale (H1), les caractéristiques du quartier sont associées à leur santé mentale de manière différenciée selon le statut minoritaire (H2). Plus précisément, la discrimination dans le milieu de vie est associée à la santé mentale des minorités visibles, tandis que le désordre social et le sentiment de sécurité individuel sont surtout associés à celle des non-minorités. En opérationnalisant plusieurs dimensions de l'hostilité du quartier (discrimination, désordre social, victimisation) et en les

analysant selon une approche intersectionnelle, cette étude offre une perspective renouvelée pour analyser l'articulation entre facteurs individuels et contextuels dans l'étude de la santé mentale. Ces résultats invitent à dépasser les approches universalistes de la santé publique urbaine et soulignent la nécessité de concevoir des politiques de santé publique sensibles aux réalités locales et aux dynamiques de racialisation, afin de réduire les inégalités persistantes en santé mentale dans les villes canadiennes.

Contributions à la connaissance

Qu'est-ce que cette étude ajoute aux connaissances existantes ?

Cette étude introduit le concept de quartier hostile dans la recherche canadienne en santé publique en articulant les dimensions matérielles, structurelles et perçues de l'environnement résidentiel. Elle montre que la santé mentale varie selon l'appartenance à une minorité visible et que la discrimination, le désordre social et le sentiment de sécurité exercent des effets différenciés selon les groupes. En intégrant la racialisation comme facteur d'analyse, cette étude enrichit la compréhension des inégalités urbaines de santé mentale et souligne l'importance d'approches intersectionnelles dans l'étude des environnements défavorables.

Quelles sont les principales conséquences qu'il y a lieu d'en tirer pour les interventions, la pratique ou les politiques en santé publique ?

Les résultats invitent à concevoir des politiques urbaines et de santé publique axées sur la réduction des formes d'hostilité résidentielle, notamment la discrimination, l'insécurité et la stigmatisation territoriale. Ils soulignent également la nécessité de développer des services de santé mentale culturellement sécuritaires, adaptés aux réalités locales des minorités visibles. Enfin, ils encouragent les décideurs à tenir compte de la diversité des expériences urbaines dans la planification d'environnements favorables à la santé mentale pour l'ensemble de la population montréalaise.

4. CHAPITRE IV - DISCUSSION, PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES ET PERSPECTIVES

Le présent chapitre approfondit certaines dimensions analytiques et méthodologiques qui n'ont pu être pleinement développées dans le format article contraint. Il propose d'abord des analyses complémentaires sur les paradoxes observés chez les minorités visibles et sur le rôle complexe du statut socioéconomique. Il examine ensuite les forces et limites méthodologiques de l'étude, avant d'ouvrir sur des perspectives de recherche et des recommandations pour l'action publique.

4.1. Approfondissements analytiques

4.1.1. Paradoxes et vulnérabilités des minorités visibles

Les résultats révèlent des dynamiques contrastées au sein des minorités visibles à Montréal, marquées par un paradoxe important : contrairement à la population non minoritaire, l'exposition au désordre social n'est pas systématiquement associée à une dégradation de la santé mentale. Ce constat invite à nuancer les conclusions issues de la littérature dominante, qui a surtout étudié le désordre urbain à travers les perceptions individuelles, souvent façonnées par les normes de la majorité (Lorenc et al. 2012 ; Ross and Mirowsky 2001). Or, comme le démontrent Janssen et al. (2022), les perceptions du désordre ne correspondent pas nécessairement à la réalité observée du quartier et sont fortement influencées par les attitudes ethnocentriques et les stéréotypes raciaux. En effet, plusieurs travaux montrent que la signification du désordre est socialement et culturellement construite, et qu'elle varie selon les expériences collectives et la composition ethno-raciale du voisinage (Janssen et al. 2022). Ainsi, ce qui est perçu comme une nuisance ou un signe de dégradation dans la population générale peut, dans certains contextes minoritaires, être associé à des formes de vitalité sociale, d'ancrage communautaire ou de normalité (Bradford et al. 2025 ; Weisburd et al. 2025 ; Williams et Lawrence 2019). Ces divergences soulignent que les mesures du désordre social, bien qu'elles documentent des associations robustes avec la santé mentale dans la population générale, revêtent une signification différente pour les minorités visibles. Pour ces populations, l'indicateur peut capturer non seulement l'état matériel du quartier, mais aussi des divergences de normes culturelles quant à l'usage de l'espace public, ainsi que les effets de la stigmatisation territoriale qui colore les perceptions collectives de certains quartiers racialisés. L'absence

d'association négative observée chez les minorités visibles ne remet pas en cause la validité de l'indicateur, mais révèle plutôt qu'il capture une réalité différente pour ces populations, possiblement liée à des stratégies d'adaptation, à une normalisation du désordre, ou à une interprétation culturelle distincte de ces manifestations urbaines.

Notre recherche va plus loin en montrant que même lorsque le désordre social est mesuré de manière agrégée au niveau du quartier (à partir des perceptions des résidents), son association avec la santé mentale diffère selon les groupes sociaux : il est associé négativement à la santé mentale dans la population non minoritaire, mais pas chez les minorités visibles. Ce résultat suggère l'existence de mécanismes de résilience collective et d'adaptation psychosociale, mais aussi de différences dans la signification attribuée aux indicateurs de désordre. Par exemple, le bruit, les rassemblements publics ou les graffitis peuvent être interprétés comme des menaces dans certains milieux, mais aussi comme des signes de vie communautaire, de résistance ou de revendication identitaire dans d'autres (Vogler 2020; Eid 2012). En ce sens, nos résultats mettent en évidence une limite des approches centrées sur les perceptions dominantes, en soulignant que les variations socio-culturelles propres aux minorités visibles demeurent souvent invisibilisées dans les études classiques (Bradford et al. 2025; Riley et al. 2024).

À l'opposé de ce paradoxe, notre étude révèle également la vulnérabilité spécifique des femmes racialisées à l'intersection du genre et de la race, qui rapportent plus fréquemment une mauvaise santé mentale (38,2 % contre 28 % pour la population générale). Ces résultats s'inscrivent dans la littérature sur le weathering, qui décrit le processus d'usure physiologique et psychologique accélérée produit par l'exposition conjointe au racisme et au sexisme (Geronimus 1992 ; Lemercier et Purenne 2024 ; Lieber 2002 ; Mahinpey 2025 ; Souissi 2022 ; Williams et Lawrence 2019). Cette exposition aux inégalités à l'intersection du genre et de la race accentue les risques pour la santé mentale et illustre l'imbrication des rapports sociaux.

Ainsi, les minorités visibles à Montréal ne constituent pas un groupe homogène. Certaines personnes réussissent à préserver une bonne santé mentale, voire à s'épanouir, même dans des quartiers marqués par un fort niveau de désordre. D'autres, notamment les femmes de minorité visible, cumulent des désavantages structurels qui les placent dans une situation de vulnérabilité accrue. Cette double réalité illustre la pertinence d'articuler les modèles socio-écologiques avec la perspective intersectionnelle, afin de mieux saisir les inégalités de santé mentale en milieu urbain (Crenshaw 1990; Collins 2019).

4.1.2. Inégalités socioéconomiques racialisées et rendement différencié du capital éducatif : entre protection sociale et discrimination structurelle

Les résultats de cette étude révèlent que les déterminants socioéconomiques classiques : le revenu et l'éducation n'opèrent pas de manière uniforme selon le statut minoritaire, mettant en lumière les limites d'une lecture purement économique des inégalités de santé mentale. Si le revenu exerce un effet protecteur robuste, cette protection est doublement limitée pour les minorités visibles. D'abord par des ressources économiques moindres, ensuite par la discrimination dans l'accès au logement : même à revenu égal, les personnes de minorités visibles font face à des refus de location et à une ségrégation résidentielle qui limite leur capacité de choisir des quartiers favorables (Shan et Li 2023 ; Statistique Canada 2020). Cette double contrainte explique pourquoi les minorités visibles sont concentrées dans certains quartiers défavorisés malgré des niveaux de scolarité parfois élevés.

L'éducation postsecondaire constitue un facteur protecteur significatif chez les non minorités visibles, mais cette association n'atteint pas le seuil de significativité chez les minorités visibles. Bien que ce résultat doive être interprété avec prudence en raison de la taille limitée de l'échantillon, il converge avec une littérature abondante sur le déclassement socioprofessionnel des personnes de minorités visibles au Canada. Malgré des niveaux de scolarité souvent élevés, les immigrants et minorités visibles font face à la non-reconnaissance systématique de leurs diplômes étrangers, à la sous-valorisation de leur expérience professionnelle et à des barrières dans l'accès aux emplois qualifiés (Li 2003 ; Oreopoulos 2011; Reitz 2001).

À Montréal spécifiquement, des études documentent que les personnes issues de minorités visibles, même diplômées universitaires, connaissent des taux de chômage et de sous-emploi plus élevés que leurs homologues non racialisés (Eid 2012). Le rôle protecteur de l'éducation s'avère plus complexe pour les minorités visibles. Si l'acquisition d'un diplôme postsecondaire peut améliorer leur position socioéconomique et faciliter l'accès à de meilleures conditions de vie, elle ne les protège pas pour autant contre l'expérience discriminatoire du racisme (Eid 2012 ; Souissi 2022). Contrairement à la population non racialisée, où l'éducation constitue un capital social et économique pleinement protecteur, les minorités visibles demeurent exposées aux discriminations structurelles indépendamment de leur niveau d'éducation. Le diplôme améliore certes les conditions matérielles, mais ne neutralise pas les effets délétères du racisme sur la santé mentale, limitant ainsi son effet protecteur pour ces populations.

Cette discordance entre statut-récompense, c'est-à-dire posséder un diplôme sans en retirer les bénéfices économiques et sociaux attendus génère ce que certains chercheurs nomment le « stress du déclassement ». L'écart entre attentes et réalité peut être psychologiquement plus délétère qu'une situation de faible scolarité assumée, car il s'accompagne d'un sentiment d'injustice et de non-reconnaissance (Li 2003). Par exemple, un ingénieur ou un médecin immigrant travaillant comme chauffeur de taxi : ces trajectoires de déqualification professionnelle sont courantes dans les parcours migratoires racialisés et contribuent à expliquer pourquoi l'éducation ne protège pas la santé mentale de la même manière. À Montréal, en 2016, 23,3 %[§] des immigrants anglophones sont surqualifiés, soit près de trois fois plus que les non-immigrants francophone (8,6 %) (Statistique Canada, 2022). Ce qui pourrait contribuer à expliquer pourquoi l'éducation ne protège pas la santé mentale de la même manière.

4.2. Forces et innovations méthodologiques

Cette recherche présente plusieurs avancées méthodologiques. D'abord, l'utilisation combinée de deux grandes sources de données populationnelles (ESCC et ESG) permet de saisir à la fois des caractéristiques individuelles et contextuelles, offrant une vision plus fine des réalités locales que les approches mono-sources. Ce couplage confirme l'importance de la triangulation pour appréhender la complexité des environnements urbains (Diez Roux et Mair 2010).

Ce couplage repose sur une architecture méthodologique en deux temps : l'ESCC 2015 fournit les données individuelles sur la santé mentale autodéclarée et les caractéristiques sociodémographiques des 1 119 répondant·e·s montréalais·e·s, tandis que l'ESG 2014 permet de construire les indicateurs contextuels d'hostilité du quartier à partir des perceptions de 1 460 résident·e·s de l'île. Ces mesures issues de l'ESG sont ensuite spatialisées par krigeage de régression et agrégées au niveau des aires de diffusion, puis couplées aux données individuelles de l'ESCC par géocodage.

Un autre apport méthodologique réside dans l'intégration de plusieurs variables d'exposition à un quartier hostile : le désordre social et physique, la victimisation autorapportée, la

[§] Cette statistique fait référence à des différences dans les taux en fonction de la provenance du diplôme. Autrement dit, ça ne compare pas des personnes avec des diplômes équivalents.

discrimination, le sentiment de sécurité, le sentiment d'être bienvenu·e dans le quartier et la couverture végétale. Contrairement aux approches traditionnelles centrées sur la seule perception du désordre, les indicateurs du quartier hostile combinent des mesures objectives et subjectives, captant à la fois les conditions matérielles et les expériences vécues. Il offre une mesure plus globale et contextualisée des environnements urbains hostiles, particulièrement pertinente dans un contexte marqué par des inégalités sociales et raciales.

Enfin, l'opérationnalisation de l'approche intersectionnelle, en stratifiant les analyses selon le statut de minorité visible, constitue un apport original dans le champ des études quantitatives sur la santé mentale. Cette démarche répond aux critiques récurrentes formulées à l'égard des approches statistiques, souvent jugées limitées dans leur capacité à croiser simultanément plusieurs rapports sociaux (race, genre, classe) pour saisir leur interdépendance (Collins 2019 ; Crenshaw 1990). Elle démontre qu'une perspective intersectionnelle peut être mobilisée de manière empirique pour mieux saisir la complexité des inégalités de santé.

4.3. Limites méthodologiques et leurs implications

Certaines limites doivent toutefois être reconnues. Sur le plan de l'échantillon, la sous-représentation des minorités visibles (284 personnes, soit 25 % de l'échantillon contre 34 % dans la population montréalaise) soulève deux enjeux. D'une part, elle réduit la puissance statistique, particulièrement pour les sous-groupes de minorités visibles. D'autre part, elle peut introduire des biais de sélection si les répondant·e·s diffèrent systématiquement des non-répondant·e·s sur des caractéristiques pertinentes pour la santé mentale, limitant ainsi la généralisation des résultats.

Il aurait été souhaitable d'examiner plus systématiquement les interactions entre genre et caractéristiques du quartier hostile. La stratification selon le statut de minorité visible (N=284) limite toutefois la puissance statistique pour des interactions multiples croisant simultanément genre, race et dimensions d'hostilité du quartier.

Deux autres limites concernent l'opérationnalisation des variables contextuelles. Premièrement, nous avons choisi d'analyser séparément chaque dimension de l'hostilité du quartier plutôt que de construire un index. Ce choix, moins parcimonieux, permettait toutefois d'identifier les dimensions spécifiques les plus pertinentes pour chaque groupe social, ce qui

constitue un apport central de cette recherche intersectionnelle. Deuxièmement, certaines mesures peuvent souffrir de problèmes de validité. La variable de « discrimination du quartier », par exemple, pourrait refléter davantage les expériences individuelles des répondant·e·s que les caractéristiques structurelles de leur environnement. Cette ambiguïté introduit un risque de causalité inverse, où l'association observée capterait en réalité l'effet de la victimisation personnelle plutôt qu'une exposition contextuelle. Une telle limite plaide pour l'utilisation de données longitudinales et de mesures multiscalaires dans de futures recherches.

Enfin, certaines omissions conceptuelles doivent être soulignées. Bien que le cadre théorique identifie la criminalité comme une dimension centrale de l'hostilité du quartier, cette étude n'a pas intégré de mesure directe de l'exposition au crime. Cette lacune méthodologique constitue une limite importante, car le crime demeure un déterminant clé dans la littérature sur la santé et le bien-être urbains. Elle pourrait expliquer pourquoi certaines associations attendues entre environnement hostile et santé mentale ne se sont pas matérialisées dans nos résultats.

Une limite méthodologique importante concerne l'opérationnalisation du concept de quartier hostile. Bien que le cadre conceptuel distingue trois dimensions (matérielles, structurelle/symbolique, et perçue), les données disponibles ne permettent de mesurer pleinement que les dimensions matérielle et perçue. La dimension structurelle et symbolique, incluant la stigmatisation médiatique, la sur-surveillance policière et le profilage racial, et l'abandon institutionnel, est faiblement capturée par la seule mesure d'exposition à la discrimination au niveau du quartier. Des recherches futures gagneraient à développer des indicateurs plus directs de ces processus structurels, par exemple via l'analyse de la couverture médiatique des quartiers, des statistiques d'interpellation policière géolocalisées, ou des mesures d'investissement public territorial.

L'opérationnalisation du concept de quartier hostile a révélé des associations significatives pour certaines dimensions (discrimination, désordre social), mais pas pour d'autres (victimisation objective, sentiment d'être bienvenu, couverture végétale). Ces résultats non significatifs peuvent refléter soit des limites de mesure (indicateurs inadéquats, manque de variance dans l'échantillon), soit une pertinence différenciée de ces dimensions selon les contextes et les populations. La taille restreinte de l'échantillon de minorités visibles limite également la puissance statistique pour détecter certains effets attendus. Des recherches futures avec des échantillons plus larges et des indicateurs plus fins seraient nécessaires pour mieux évaluer l'ensemble des dimensions conceptualisées.

4.4. Perspectives de recherche

Cette recherche ouvre plusieurs pistes pour approfondir la compréhension des inégalités de santé mentale en milieu urbain. Sur le plan quantitatif, l'utilisation de données longitudinales apparaît essentielle pour dépasser les limites de l'analyse transversale et mieux démêler les liens de causalité entre caractéristiques individuelles, contextuelles et santé mentale (Diez Roux et Mair 2010; Weisburd 2025). De même, le recours à des modèles hiérarchiques multiniveaux permettrait de mieux identifier la part de variance attribuable à chaque échelon géographique de l'îlot au quartier, jusqu'à l'arrondissement et d'analyser l'imbrication des contextes urbains (Kawachi 2002). L'étude des trajectoires résidentielles offrirait également des perspectives prometteuses pour comprendre les mécanismes de sélection et d'adaptation qui peuvent expliquer certains résultats paradoxaux observés dans ce mémoire (Ross et Mirowsky 2001).

Sur le plan qualitatif, des enquêtes ethnographiques et des entretiens biographiques, notamment auprès des personnes de minorités visibles, contribueraient à mieux saisir l'expérience quotidienne de l'hostilité urbaine et les stratégies de résilience mises en œuvre. Ces approches permettraient de documenter les effets cumulatifs du racisme et du sexisme dans la perspective du *weathering*, en cohérence avec les travaux de Geronimus (1992) et de recherches plus récentes sur l'usure des corps et des esprits face aux discriminations structurelles. Des démarches participatives impliquant directement les communautés racialisées dans la co-construction des projets de recherche renforceraient par ailleurs la légitimité scientifique et sociale des résultats (Eid 2012; Waldron 2020).

Enfin, des innovations méthodologiques restent à explorer. L'exploitation des big data et des traces numériques, qu'il s'agisse de données de géolocalisation, d'usage des services urbains ou d'activités sur les réseaux sociaux, pourrait offrir de nouvelles manières de mesurer en temps réel l'expérience urbaine et le stress environnemental (Riley et al. 2024). De telles approches exigent cependant une réflexion éthique rigoureuse sur la confidentialité et les enjeux de surveillance. L'articulation systématique de méthodes quantitatives et qualitatives, dans le cadre de dispositifs mixtes séquentiels, permettrait de rendre compte de la complexité des mécanismes observés (Collins 2019). Enfin, des recherches interventionnelles, par exemple autour de la mise en place de services de santé culturellement sécuritaires dans des quartiers

défavorisés, constitueraient une voie directe pour tester la pertinence et l'impact des recommandations issues de cette étude (Kawachi et Berkman 2014).

4.5. Recommandations

Les résultats de ce mémoire invitent à des transformations à plusieurs niveaux : la recherche, les politiques publiques et les pratiques d'intervention.

Sur le plan scientifique, ils montrent l'importance de dépasser les approches analytiques conventionnelles en santé publique. Les enquêtes canadiennes intègrent déjà des variables sur l'appartenance aux minorités visibles, mais les analyses populationnelles standard tendent à masquer des mécanismes cruciaux. Ce n'est qu'en mobilisant des stratégies analytiques stratifiées et en retirant certaines variables confondantes, comme le revenu, que les associations différenciées entre facteurs contextuels et santé mentale sont devenues visibles dans nos analyses.

Sur le plan conceptuel, cette recherche met en évidence que la discrimination constitue une dimension centrale de l'hostilité du quartier pour les minorités visibles. Ce constat invite à réviser les conceptualisations classiques de la sécurité publique, souvent limitées au crime et à la défavorisation, pour y intégrer systématiquement les dynamiques de racialisation.

Du côté des politiques publiques, les implications sont tout aussi importantes. Le développement de programmes de santé mentale culturellement sécuritaires, adaptés aux réalités des minorités visibles, constitue une priorité (Rousseau 2020; Mohammadifirouzeh et al. 2023). Cela suppose la formation et le recrutement d'intervenants issus des communautés, la création d'outils cliniques pertinents et le renforcement de l'offre de services dans les quartiers caractérisés par une forte concentration de minorités. L'intégration des déterminants environnementaux de la santé dans les politiques publiques est également nécessaire, à travers des collaborations intersectorielles visant à améliorer la qualité de vie urbaine et à réduire l'exposition aux désordres sociaux (DSP Montréal 2020). Enfin, le renforcement des mécanismes de lutte contre la discrimination systémique apparaît incontournable. Cela peut passer par la mise en place d'observatoires du racisme, mais aussi par une réforme en profondeur des pratiques policières liées au profilage racial (Bellot et al. 2024; Garner et Selod 2015).

Enfin, les recommandations concernent aussi les pratiques d'intervention. Les services sociaux et de santé doivent être mieux adaptés aux réalités intersectionnelles des minorités visibles, dont les vulnérabilités s'articulent à l'intersection du racisme, de la précarité et de la stigmatisation territoriale. Cette adaptation suppose la mobilisation du capital social ethnique par des partenariats solides avec les leaders communautaires (Kawachi et Berkman 2014), ainsi que la valorisation des pratiques culturelles de soin qui favorisent la confiance et la continuité des services. Elle implique également la mise en place d'une formation continue des intervenants, portant à la fois sur le racisme, la discrimination et l'histoire des communautés minorisées, afin de garantir des services plus équitables et culturellement compétents (Lieber 2002; Souissi 2022).

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer l'association entre l'hostilité du quartier et la santé mentale autodéclarée des résident-e-s de Montréal, en portant une attention particulière aux variations selon l'appartenance à une minorité visible. Pour ce faire, il a mobilisé un cadre théorique combinant les modèles socioécologiques et l'approche intersectionnelle, afin d'analyser conjointement les déterminants individuels et contextuels et de mettre en lumière la manière dont leurs effets varient selon les rapports sociaux de racialisation.

Dans un premier temps, une méthodologie originale a été développée pour opérationnaliser le concept de « quartier hostile ». Celui-ci a été articulé autour de trois dimensions : matérielle (désordre social et physique, victimisation, couverture végétale), structurelle (expérience de discrimination) et perçue (sentiment d'insécurité et sentiment d'être bienvenu-e dans le quartier). Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2015) et de l'Enquête sociale générale (ESG, 2014) ont été couplées pour constituer un échantillon de 1 119 participant-e-s, dont 284 personnes issues des minorités visibles. Des régressions logistiques multivariées, stratifiées selon le statut minoritaire, ont permis d'examiner les associations entre santé mentale autodéclarée et indicateurs d'hostilité du quartier.

Les résultats soutiennent les hypothèses de départ : les minorités visibles rapportent effectivement une moins bonne santé mentale (H1), et les analyses stratifiées révèlent des associations spécifiques entre dimensions d'hostilité du quartier et santé mentale dans chaque groupe (H2). Plus précisément, chez les minorités visibles, la discrimination dans le milieu de vie est significativement associée à une moins bonne santé mentale, alors qu'aucune association significative n'est observée avec le désordre social et physique. Chez les non-minorités, le désordre social et physique ainsi que le sentiment de sécurité individuel présentent des associations significatives avec la santé mentale, mais pas la discrimination. Ces patterns d'association distincts suggèrent que les mécanismes liant l'environnement résidentiel au bien-être psychologique opèrent différemment selon l'appartenance raciale, reflétant à la fois une distribution inégale des minorités visibles dans l'espace urbain et des expériences différenciées d'un même environnement selon le statut minoritaire.

En opérationnalisant plusieurs dimensions de l'hostilité du quartier : la discrimination, le désordre social et physique, la victimisation et en les analysant selon une approche intersectionnelle, cette étude contribue à combler une lacune importante dans la recherche canadienne sur la santé mentale des minorités visibles. Elle offre une perspective renouvelée

pour comprendre l'articulation entre facteurs individuels et contextuels et souligne que les associations entre caractéristiques du quartier et santé mentale ne sont pas uniformes, mais présentent des patterns distincts selon le statut minoritaire, le genre et les expériences vécues de racialisation.

Toutefois, il importe de rappeler que cette recherche repose sur une démarche transversale et sur un indicateur unidimensionnel de santé mentale autodéclarée, susceptible d'être influencé par des différences culturelles dans l'expression de la détresse. De plus, la sous-représentation des minorités visibles dans l'échantillon limite la puissance statistique et la généralisation des résultats, particulièrement pour les analyses stratifiées. Bien que l'opérationnalisation du « quartier hostile » ait constitué une innovation méthodologique, certaines dimensions, comme la criminalité mesurée à partir de données policières, n'ont pas pu être intégrées, restreignant la portée empirique du concept.

En définitive, ce mémoire contribue à enrichir la compréhension des inégalités de santé mentale en milieu urbain en analysant conjointement les déterminants individuels et contextuels de la santé mentale dans une perspective intersectionnelle. Il met en évidence la discrimination comme une composante incontournable de l'hostilité urbaine vécue par les minorités visibles. Ces résultats invitent à dépasser les approches universalistes de la santé publique urbaine et à repenser la manière dont les environnements urbains sont étudiés et aménagés, en tenant compte des expériences différenciées selon l'appartenance raciale, afin de promouvoir des villes plus inclusives et équitables pour l'ensemble de la population montréalaise.

Au-delà des statistiques, ce travail rappelle que la santé mentale se construit aussi dans les relations, les espaces et les regards. Comprendre l'hostilité urbaine, c'est reconnaître que le bien-être psychologique est indissociable du droit d'habiter la ville en toute dignité. Montréal, comme bien d'autres métropoles, ne pourra véritablement être en santé que lorsqu'elle sera accueillante pour toutes et tous.

Bibliographie

- Addis, Michael E., et James R. Mahalik. 2003. « Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. » *American Psychologist* 58(1): 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>.
- Ades, Josefina, Philippe Apparicio, et Anne-Marie Séguin. 2012. « Are New Patterns of Low-Income Distribution Emerging in Canadian Metropolitan Areas? » *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien* 56 (3): 339–361. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00412.x>
- Albert, Paul R. 2015. « Why Is Depression More Prevalent in Women? » *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 40 (4): 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Anucha, Uzo, Sangeetha Srikanthan, Rahma Siad-Togane, et Grace-Edward Galabuzi. 2017. *Faire le bien ensemble pour les jeunes Noirs : Ce que nous avons appris des séances d'engagement communautaire pour le plan d'action pour les jeunes Noirs de l'Ontario*. Toronto: Youth eXchange Research and Evaluation.
- Apparicio, Philippe, Anne-Marie Séguin, et Daniel Dubé. 2012. « Spatial Distribution of Vegetation in Montreal: An Environmental Inequity? » *Environment and Planning B: Planning and Design* 39(6): 1075–1093. <https://doi.org/10.1068/b37130>.
- Baltes, Paul Bernard et Margret Maria Baltes. 1990. « Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. » In *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, sous la dir. de Paul Bernard Baltes et Margret Maria Baltes, 1-34. New York: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bambra, Clare, Debbie Joyce, et Mary Whitehead. 2009. « Gender, Health Inequalities and Welfare State Regimes: A Cross-National Study of Thirteen European Countries. » *Journal of Epidemiology & Community Health* 63(1): 38–44. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.070292>.
- Belle, Deborah, et Jocelyn Doucet. 2003. « Poverty, Inequality, and Discrimination as Sources of Depression among US Women. » *Psychology of Women Quarterly* 27(2) : 101–13.

- Bellot, Céline, Étienne Lemerrier, et Aude Purenne. 2024. « Introduction : Faire face à l'épreuve des profilages. » *Criminologie* 57(1) : 5–12. <https://doi.org/10.7202/1112599ar>.
- Bergeron, P., N. Auger, et D. Hamel. 2009. « Poids, santé générale et santé mentale : la situation de divers sous-groupes d'immigrants au Canada. » *Canadian Journal of Public Health* 100: 215–220. <https://doi.org/10.1007/BF03405544>.
- Berman, Marc G., John Jonides, and Stephen Kaplan. 2008. «The Cognitive Benefits of Interacting with Nature. » *Psychological Science* 19 (12): 1207–1212. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x>
- Bernard, Paul, Terri Charafeddine, Mélanie Frohlich, Mary Daniel, Lise K. M. Pampalon, et Réjean Côté. 2007. « Health Inequalities and Place: A Theoretical Conception of Neighborhood. » *Social Science & Medicine* 65 (9): 1839-1852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.037>
- Bilodeau, Angèle, Rachel Cox, Rachel Des Rosiers, et Stéphanie Parent. 2020. « Santé mentale et inégalités sociales : document d'information. » Québec : Institut national de santé publique du Québec. Consulté le 30 septembre 2025. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2610>.
- Bonilla-Silva, Eduardo. 1997. « Rethinking Racism: Toward a Structural Interpretation. » *American Sociological Review* 62(3) : 465–80. <https://doi.org/10.2307/2657316>.
- Boquet, Lauriane, et Loïc Lett. 2018. « Les normes de genre et la socialisation émotionnelle des enfants. » *Enfances Familles Générations* 31(1) : 1–23. <https://doi.org/10.7202/1051096ar>.
- Bowler, Diana E., Lisette M. Buyung-Ali, Teri M. Knight, et Andrew S. Pullin. 2010. « A Systematic Review of Evidence for the Added Benefits to Health of Exposure to Natural Environments. » *BMC Public Health* 10: 456. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-456>
- Bradford, Ben, Evi Girling, Ian Loader, et Richard Sparks. 2025. «Seeing Disorder in an English Town. » *Criminology* 63 (1): 1-29. <https://doi.org/10.1111/1745-9125.12394>.
- Brown, Mark, Jonathan Fonberg, Grant Schellenberg, et River Yang. 2021. « Les caractéristiques des quartiers et la satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes de

- familles à revenu faible, moyen et élevé dans les régions métropolitaines du Canada. » *Rapports économiques et sociaux* 1(5). Ottawa : Statistique Canada. <https://doi.org/10.25318/36280001202100500006-fra>.
- Burger, Kaspar, Michael Becker, et Ingrid Schoon. 2024. « Mental Health and Educational Attainment: How Developmental Stage Matters ». *Developmental Psychology* 60 (1): 108-123. <https://doi.org/10.1037/dev0001634>
- Canadian Institutes of Health Research. 2021. *Sex and Gender in Health Research*. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/50833.html>
- Canadian Mental Health Association. 2018. *Mental Health in the Balance: Ending the Health Care Disparity in Canada*. Toronto: Canadian Mental Health Association. Consulté le 30 septembre 2025. <https://cmha.ca/ending-health-care-disparity-canada>
- Canadian Mental Health Association. 2025. *Stigma Remains a Barrier to Mental Health Care with 60% of People Not Seeking Help for Fear of Being Labelled*. Toronto: Canadian Mental Health Association. Consulté le 30 septembre. <https://cmha.ca/news/stigma-remains-a-barrier-to-mental-health-care-with-60-of-people-not-seeking-help-for-fear-of-being-labelled>
- Caron, Jean, Alain Marchand, et Christian Forest. 2014. « Predictors of Psychological Distress in the Canadian Population: A Longitudinal Analysis of the National Population Health Survey. » *Canadian Journal of Public Health* 105(4): e273–78. <https://doi.org/10.17269/cjph.105.4392>.
- Caron, Jean, et Andrée-Anne Liu. 2010. « A Descriptive Study of the Prevalence of Psychological Distress and Mental Disorders in the Canadian Population : Comparison between Low-Income and Non-Low-Income Populations. » *Chronic Diseases in Canada* 30(3): 84–94. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.30.3.03>.
- Caron, Jean, et Anjie Liu. 2011. « Factors Associated with Psychological Distress in the Canadian Population: A Comparison of Low-Income and Non Low-Income Sub-Groups. » *Community Mental Health Journal* 47(3) : 318–330. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9306-4>.
- Caron, Jean, et Serge Guay. 2005. « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. » *Santé mentale au Québec* 30(2) : 15–41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>.

- Carr, Alan J., Barbara Gibson, et Peter G. Robinson. 2001. « Is Quality of Life Determined by Expectations or Experience? » *BMJ* 322(7296): 1240.
- Carstensen, Laura L., Derek M. Isaacowitz, et Susan T. Charles. 1999. « Taking Time Seriously: A Theory of Socioemotional Selectivity ». *American Psychologist* 54 (3): 165-81. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>.
- Cénat, Jude Mary, Sara M. M. Moshirian Farahi, Léon Gakima, et al. 2025. « Prevalence and Moderators of Depression Symptoms among Black Individuals in Western Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis among 1.3 million People in 421 Studies. » *The Lancet Regional Health – Americas* 44: 101027. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101027>.
- Charles, Susan T., et al. 2001. « Aging and Emotional Memory: The Forgettable Nature of Negative Images. » *Journal of Experimental Psychology* 130(2): 310–24.
- Coburn, David. 2004. « Beyond the Income Inequality Hypothesis: Class, Neo-Liberalism, and Health Inequalities. » *Social Science & Medicine* 58(1): 41–56. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00159-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00159-X).
- Collins, Patricia Hill et Sirma Bilge. 2019. *Intersectionality as Critical Social Theory*. Durham: Duke University Press.
- Comité de la santé mentale du Québec. 1994. *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*. Sainte-Foy : Publications du Québec.
- Commission de la santé mentale du Canada. 2016. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ottawa: CSMC. Consulté le 30 septembre 2025.
- Cotter, Adam. 2022. « Perceptions of Police and Safety among Racialized Groups in Canada. » *Juristat*. Ottawa : Statistique Canada. Consulté le 30 septembre 2025. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00005-eng.htm>.
- Covington, Jeanette, et Ralph B. Taylor. 1991. « Fear of Crime in Urban Residential Neighborhoods: Implications of Between- and Within-Neighborhood Sources for Current Models. » *The Sociological Quarterly* 32(2): 231–249. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1991.tb00355.x>.
- Crenshaw, Kimberlé. 1990. « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. » *Stanford Law Review* 43(6): 1241–99. <https://doi.org/10.2307/1229039>.

- Crenshaw, Kimberlé. 1989. « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. » *University of Chicago Legal Forum* 1989 (1): 139-167. (Pas de DOI disponible - article de 1989)
- Croucher, Karen L., Lindsey Myers, et Joanne Bretherton. 2008. *The Health Impacts of Urban Green Spaces: A Literature Review*. Stirling : Greenspace Scotland
- Cyrułnik, Boris, et Louis Ploton. 2012. « Résilience et vieillissement ». Dans *Résilience : Connaissances de base*, dirigé par Boris Cyrułnik et Gérard Jorland, 115-35. Paris : Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.cyruł.2012.01.0115>.
- De Maio, Fernando G., et Deanna Kemp. 2010. « The Deterioration of Health Status Among Immigrants to Canada. » *Global Public Health* 5 (5): 462-478. <https://doi.org/10.1080/17441690902942480>
- Di Méo, Guy. 1994. « Épistémologie des approches géographiques et socio-anthropologiques du quartier urbain. » *Annales de géographie* 103 (577): 255-275. <http://www.jstor.org/stable/23453611>
- Diener, Ed. 1984. « Subjective Well-Being. » *Psychological Bulletin* 95(3): 542–75. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>.
- Diez Roux, Ana V. 2001. « Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. » *American Journal of Public Health* 91(11): 1783–89. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1783>.
- Diez Roux, Ana V., et Christina Mair. 2010. « Neighborhoods and Health. » *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186(1): 125–45. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>.
- Direction de santé publique de Montréal. 2020. *Portrait de santé de la population montréalaise : rapport du directeur de santé publique 2019*. Montréal : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/portrait-de-sante-2019> Consulté le 03 septembre 2025.
- Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP). 2024. *Données statistiques en santé mentale à Montréal – Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2020-2021*. Montréal : CIUSSS du Centre-Sud-de- l'Île-de Montréal.

https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_Pub_2024_1_1_22_DonneesStatistiquesSMMtl.pdf . Consulté le 30 septembre2025.

- Doré, Isabelle, et Jean Caron. 2017. « Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. » *Santé mentale au Québec* 42(1) : 125–45. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>.
- Drapeau, Aline, Alain Marchand, et Christiane Forest. 2014. « Différences entre les sexes dans la répartition par âge et cohorte de la détresse psychologique chez les adultes canadiens : résultats d’une enquête longitudinale nationale. » *BMC Psychology* 22 : 25. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0025-4>.
- Drapeau, Aline, Alain Marchand, et Dominic Beaulieu-Prevost. 2012. « Epidemiology of Psychological Distress. » In *Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control*, edited by Luciano L’Abate. Rijeka : In Tech. <https://doi.org/10.5772/30872>.
- Emerson, Shannon D., Saima Jamal, and Kwame McKenzie. 2021. « A Scoping Review of Associations Between Ethno-Cultural Context and Mental Health in Canada. » *Canadian Journal of Community Mental Health* 40, no. 3: 1–18. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2021-010>
- Émond, Aline. 2010. « Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d’une réflexion commune ». Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Eid, Paul. 2012. « Mesurer la discrimination à l’embauche subie par les minorités racisées : résultats d’un testing mené dans le grand Montréal. » Montréal : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Eid, Paul. 2012. *L’immigration et la diversité au Québec*. Montréal : Presses de l’Université de Montréal.
- Faissner, Mirjam, Anne-Sophie Gaillard, Georg Juckel, et Jakov Gather. 2024. « Intersectionality and Discriminatory Practices within Mental Health: Toward an Inclusive Practice. » *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 19 (1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13010-024-00159-7>
- Fante-Coleman, Tiyondah, et Fatimah Jackson-Best. 2020. « Barriers and Facilitators to Accessing Mental Healthcare in Canada for Black Youth: A Scoping Review. » *Adolescent Research Review* 5: 115–136. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00133-2>

- Felitti, Vincent J., Robert F. Anda, Dale Nordenberg, David F. Williamson, Alison M. Spitz, Valerie Edwards, Mary P. Koss, et James S. Marks. 1998. « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. » *American Journal of Preventive Medicine* 14 (4): 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fleury, Marie-Josée, et al. 2016. « Typology of Persons with Mental Disorders Based on Socio-Demographic and Clinical Characteristics. » *BMC Psychiatry* 16(1) : 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0920-8>.
- Ferrari, Michelle, Nadine Flora, Kelly K. Anderson, Andrew Tuck, Scott Archie, Sean Kidd, et al. 2015. « Les voies africaines, caribéennes et européennes (ACE) pour les soins : une exploration qualitative des similitudes et des différences entre les groupes d'origine africaine, caribéenne et européenne dans les trajectoires de prise en charge de la psychose ». *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006562>
- Forgeard, Marie J. C., et al. 2011. « Doing the Right Thing : Measuring Wellbeing for Public Policy. » *International Journal of Wellbeing* 1(1): 79–106. <https://doi.org/10.5502/ijw.v1i1.15>.
- Gamache, Philippe, Denis Hamel, et Christian Blaser. 2019. *L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref*. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Consulté le 30 septembre 2025. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2639>.
- Garner, Steve, and Saher Selod. 2015. « The Racialization of Muslims: Empirical Studies of Islamophobia. » *Critical Sociology* 41(1) : 9–19. <https://doi.org/10.1177/0896920514531606>.
- Garrabé, Jean. 2014. « Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie. » *L'Évolution psychiatrique* 79(1) : 5–18. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.11.002>.
- Geronimus, Arline T. 1992. « The Weathering Hypothesis and the Health of African-American Women and Infants: Evidence and Speculations. » *Ethnicity & Disease* 2(3): 207–21.
- Geronimus, Arline T. 2001. « Understanding and Eliminating Racial Inequalities in Women's Health in the United States: The Role of the Weathering Conceptual Framework. » *Journal of the American Medical Women's Association* 56(4): 133–36.

- Golden, Shelley D., Jo Anne L. Earp. 2012. « Social Ecological Approaches to Individuals and Their Contexts: Twenty Years of Health Education & Behavior Health Promotion Interventions. » *Health Education & Behavior* 39 (3): 364–372. <https://doi.org/10.1177/1090198111418634>.
- Gouvernement du Canada. 2022. *Canopy of the Six RMRs of Quebec*. Données ouvertes Canada. Consulté le 30 septembre 2025. <https://open.canada.ca/data/en/dataset/b90d077d-5df7-47b1-90c7-00c323ac25a4>.
- Govindama, Yolande. 2007. « Analyse d'une pratique clinique interculturelle en milieu judiciaire ». *Santé mentale au Québec* 32 (1) : 195-212
- Grace, Sherry L., Yongyao. Tan, et Robert. A. Cribbie. 2016. « The Mental Health Status of Ethnocultural Minorities in Ontario and Their Mental Health Care. » *BMC Psychiatry* 16: 47. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0759-z>.
- Hansen, Thomas, et Morten Blekesaune. 2022. « The Age and Well-Being 'Paradox': A Longitudinal and Multidimensional Reconsideration ». *European Journal of Ageing* 19 (4): 1277-86. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00709-y>.
- Hasford, Jennifer, Prince Amponsah, et Tasha Hylton. 2018. « Praxis antiraciste avec des jeunes afro-canadiens de la rue ». Dans *Interventions en santé mentale et en toxicomanie pour les jeunes sans abri*, dirigé par Sylvie Petit, Natasha Slesnick, Tania Frederick, Jeff Karabanow, et Stephen Gaetz, 125–137. Toronto : Presses de l'Observatoire canadien de l'itinérance.
- Helliwell, John F., Craig Shiple, et Christopher P. Barrington-Leigh. 2019. « How Happy Are Your Neighbors? Variation in Life Satisfaction among 1200 Canadian Neighbourhoods and Communities. » *PLoS ONE* 14 (1): e0210091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210091>
- Houle, René, et Lahouaria Yssaad. 2010. « Recognition of Newcomers' Foreign Credentials and Work Experience. » *Perspectives on Labour and Income* 22(9). Ottawa: Statistique Canada, cat. No 75-001-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-001-x/2010109/article/11342-eng.htm>
- Hughes, Karen E., Mark A. Bellis, Katherine A. Hardcastle, Dinesh Sethi, Alexander Butchart, Christopher Mikton, Lisa Jones, et Michael P. Dunne. 2017. « The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A Systematic Review and Meta-Analysis.

- » *The Lancet Public Health* 2 (8): e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Huta, Veronika, et Alan S. Waterman. 2014. « Eudaimonia and Its Distinction from Hedonia: Developing a Classification and Terminology for Understanding Conceptual and Operational Definitions. » *Journal of Happiness Studies* 15 (6): 1425–1456. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0>
- Hudelson, Patricia. 2002. « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine? » *Revue Médicale Suisse* (2407). <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2002/revue-medicale-suisse-2407/que-peut-apporter-l-anthropologie-medicale-a-la-pratique-de-la-medecine>.
- Hudson, Christopher G. 2005. « Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. » *American Journal of Orthopsychiatry* 75 (1): 3-18. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.3>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2016. *Données et mesures en santé mentale : Élèves du secondaire — Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*. Québec : INSPQ. Available at: <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/donnees>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2021. « Facteurs influençant la santé mentale. » *Institut national de santé publique du Québec*. Consulté le 20 septembre 2024 <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/facteurs>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2024. « Données et mesures en santé mentale. » Québec : Institut national de santé publique du Québec. Consulté le 20 janvier 2025 <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/donnees>
- Janssen, Heleen J., Dietrich Oberwittler, et Dominik Gerstner. 2022. « Dissecting Disorder Perceptions: Neighborhood Structure and the Moderating Role of Interethnic Contact and Xenophobic Attitudes. » *Journal of Research in Crime and Delinquency* 59(1): 76–115. DOI: <https://doi.org/10.1177/1057567719896020>
- Julien, Mylène, et Lorraine Bordeleau. 2021. « La santé mentale positive : repères conceptuels et perspectives d'intervention. » *Santé mentale au Québec* 46(1) : 35–52. <https://doi.org/10.7202/1076920ar>.

- Kaplan, Stephen. 1995. «The Restorative Benefits of Nature: Toward an Integrative Framework. » *Journal of Environmental Psychology* 15 (3): 169–182. [https://doi.org/10.1016/0272-4944\(95\)90001-2](https://doi.org/10.1016/0272-4944(95)90001-2)
- Kapo, Leslie Touré. 2020. *Les aventures ordinaires des jeunes Montréalais·e·s racialisé·e·s*. Thèse de doctorat, Institut national de la recherche scientifique, Université du Québec à Montréal. ProQuest (30449480).
- Kawachi, Ichiro. 2002. « A Glossary for Health Inequalities. » *Journal of Epidemiology & Community Health* 56 (9): 647-652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Kawachi, Ichiro, et Lisa F. Berkman, éd.s. 2003. *Neighborhoods and Health*. 1^{re} éd. New York: Oxford University Press. Édition en ligne, Oxford Academic, 1 septembre 2009. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195138382.001.0001>
- Kawachi, Ichiro, Lisa F. Berkman, et M. Maria Glymour, éd.s. 2014. *Social Epidemiology*. 2e éd. New York: Oxford University Press.
- Keene, Danya Elizabeth, et Mark Bradley Padilla. 2014. « Spatial Stigma and Health Inequality. » *Critical Public Health* 24 (4): 392–404. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.873532>
- Kennedy-Turner, K., C. Côté-Lussier, et D. Helly. 2023. « A Snapshot of Hate: Subjective Psychological Distress after a Hate Crime. » *Journal of Muslim Mental Health* 17(1): 3–22. <https://doi.org/10.3998/jmmh.4234>.
- Kenny, Katherine S., Jay S. Kaufman, Sze Yan Liu, Rahim Moineddin, et Patricia O’Campo. 2024. « Discrimination and Racial Inequities in Self-Reported Mental Health among Immigrants and Canadian-Born Individuals. » *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-024-02128-4>.
- Kessler Roland C, Andrews Gavin, Colpe Lisa J, Hiripi Eva, Mroczek Daniel K, Normand Sharon-Lise, Walters E. Emily, Zaslavsky Alan M. 2002. « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. » *Psychological Medicine*. 32(6): 959-76. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>.
- Keyes, Corey L. M. 2002. « The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. » *Journal of Health and Social Behavior* 43(2): 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>.

- Keyes, Corey L. M. 2005. « Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(3): 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>.
- Kirmayer, Laurence J., Kenneth Fung, Cécile Rousseau, Hung-Tat Lo, Peter Menzies, Jaswant Guzder, Santhanam Ganesan, Lisa Andermann, et Kwame McKenzie. 2021. « Guidelines for Training in Cultural Psychiatry ». *Canadian Journal of Psychiatry* 66 (2): 195-218. <https://doi.org/10.1177/0706743720907505>
- Kondirolli, Florian, et Nidhiya Sunder. 2022. « Mental Health Effects of Education ». *Health Economics* 31 (S2): 22-39. <https://doi.org/10.1002/hec.4565>.
- Koskela, Hille, et Rachel Pain. 2000. « Revisiting Fear and Place: Women’s Fear of Attack and the Built Environment. » *Geoforum* 31(2): 269–280. [https://doi.org/10.1016/S0016-7185\(99\)00033-0](https://doi.org/10.1016/S0016-7185(99)00033-0).
- Krieger, Nancy. 2012. « Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. » *American Journal of Public Health* 102 (5): 936–944. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
- Krieger, James, et Donna L. Higgins. 2002. « Housing and Health: Time Again for Public Health Action. » *American Journal of Public Health* 92 (5): 758–768. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.758>
- Kronick, Rachel. 2018. « Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: Assessment and Intervention. » *The Canadian Journal of Psychiatry* 63 (5): 290-296. <https://doi.org/10.1177/0706743717746665>
- Lapeyronnie, Didier. 2008. *Ghetto urbain : ségrégation, violence, pauvreté en France aujourd’hui*. Paris : Robert Laffont (« Le Monde comme il va »).
- Laurence, James, et Lee Bentley. 2016. « Does Ethnic Diversity Have a Negative Effect on Attitudes towards the Community? A Longitudinal Analysis of the Causal Claims within the Ethnic Diversity and Social Cohesion Debate. » *European Sociological Review* 32 (1): 54–67. <https://doi.org/10.1093/esr/jcv08>
- Lauritsen, Janet L., et Karen Heimer. 2010. « Violence and Victimization Research: National Crime Victimization Survey Research on the Nature of Crime. » *Criminology & Public Policy* 9(4) : 665–72. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9133.2010.00663.x>.

- Leaune, Édouard-Marie. 2023. *Troubles psychiatriques et migration : de l'ethnopsychiatrie à la justice sociale en santé mentale*. Thèse de doctorat en philosophie, Université Jean-Moulin Lyon-III. Consulté le 30 septembre 2025. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-04394464>.
- Lee, Kira S., et Eunjin L. Tracy. 2022. « Educational Attainment and Emotional Well-Being in Adolescence and Adulthood ». *SSM - Mental Health* 2: 100138. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100138>.
- Li, Peter S. 2003. *Destination Canada: Immigration Debates and Issues*. Don Mills (ON): Oxford University Press. ISBN 978-0-19-541374-8
- Li, Norman P., et Satoshi Kanazawa. 2016. « Country Roads, Take Me Home... to My Friends: How Intelligence, Population Density, and Friendship Affect Modern Happiness. » *British Journal of Psychology* 107 (4): 675-701. <https://doi.org/10.1111/bjop.12181>
- Lieber, Marylène, 2002. « Le sentiment d'insécurité des femmes dans l'espace public : une entrave à la citoyenneté ? » *Nouvelles Questions Féministes* 1 (21) : 41-56. DOI : 10.3917/nqf.211.0041. <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2002-1-page-41.htm>
- Lin, Shih-Li, Stephanie Chesser, Mary Lou Kelley, Mélanie Levasseur, Allison Williams, et Sepali Guruge. 2023. « Inequities in Mental Health Care Facing Racialized Immigrant Older Adults. » *The Journals of Gerontology: Series B* 78(9): 1555–64. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad133>.
- Lipsitz, George. 2007. « The Racialization of Space and the Spatialization of Race: Theorizing the Hidden Architecture of Landscape. » *Landscape Journal* 26(1): 10–23.
- Loukaitou-Sideris, Anastasia. 2020. « A Gendered View of Mobility and Transport: Next Steps and Future Directions. » Dans *Engendering Cities : Designing Sustainable Urban Spaces for All*, édité par Inés Sánchez de Madariaga et Michael Neuman, 19–37. Laundlers: Routledge.
- Lorenc, Theo, Stephen Clayton, David Neary, Margaret Whitehead, Mark Petticrew, Hilary Thomson, Steven Cummins, Amanda J. Sowden, et Adrian Renton. 2012. « Crime, Fear of Crime, Environment, and Mental Health and Well-being: Mapping Review of Theories and Causal Pathways. » *Health & Place* 18(4): 757–765. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.04.001>

- Lussault, Michel. 2003. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Sous la direction de Jacques Lévy et Michel Lussault. Paris : Belin.
- Luthar, Suniya . S. 2006. « Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. » Dans *Developmental Psychopathology*, vol. 3 : *Risk, Disorder, and Adaptation*, 2e éd., édité par D. Cicchetti et D. J. Cohen, 739–795. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>.
- Maas, Jolanda, Robert A. Verheij, Sjerp de Vries, Peter Spreeuwenberg, François G. Schellevis, et Peter P. Groenewegen. 2009. « Morbidity Is Related to a Green Living Environment. » *Journal of Epidemiology and Community Health* 63 (12): 967-973. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.079038>
- Mahinpey, N., S. T. A. Nguyen, R. Siddiqi, A. Waddell, A. Burka, L. A. Wilkins, J. A. Smith, et al. 2025. « Race, Discrimination, and Mental Health Adversity in Canada. » *Canadian Journal of Public Health* 116(3): 369–80. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01021-9>.
- Marmot, Michael, et Richard G. Wilkinson, eds. 2005. *Social Determinants of Health*. 2e éd. Oxford: Oxford University Press.
- Mather, Mara. 2012. « The Emotion Paradox in the Aging Brain ». *Annals of the New York Academy of Sciences* 1251 (1): 33-49. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06471.x>.
- McCall, Leslie. 2005. « The Complexity of Intersectionality. » *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 30 (3): 1771-1800. <https://doi.org/10.1086/426800>
- McCormick, Jessica, Christopher A. Blazina, et Amy R. Razavi. 2016. « Gender, Emotional Expression, and Mental Health: A Critical Review. » *Journal of Gender Studies* 25(5): 1–15. <https://doi.org/10.1080/09589236.2014.987650>.
- McLeroy, Kenneth R., Daniel Bibeau, Allan Steckler, and Karen Glanz. 1988. « An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. » *Health Education Quarterly* 15 (4): 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.
- McKenzie, Kwame. 2019. « Improving Mental Health Services for Immigrant, Racialized, Ethno-Cultural and Refugee Groups. » *Healthcare Papers* 18: 4–9. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2019.25926>.

- Melzer, David, Tom Fryers, Rachel Jenkins, et Traolach Brugha. 2003. « Social Position and the Common Mental Disorders with Disability. » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38 (5): 238-243. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0628-1>
- Mental Health Commission of Canada. 2016. *The Case for Diversity: Building the Case for Culturally Competent Mental Health Care*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/case_for_diversity_oct_2016_eng.pdf?utm
- Mikiewicz, Piotr. 2021. « Social Capital and Education – An Attempt to Synthesize Conceptualization Arising from Various Theoretical Origins ». *Cogent Education* 8 (1): 1907956. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2021.1907956>.
- Mirzaei-Alavijeh, Mehdi, Farid Najafi, Rasoul Safi-Keykaleh, Seyed Saeed Mazloomi-Mahmoodabad, Behzad Mahaki, et Ghabad Moradi. 2025. « Psychological Distress and Its Association with Gender, Socioeconomic Status, Education and Health Conditions. » *Journal of Education and Health Promotion* 14(1): 1–7. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1380_22.
- Mishra, Sanjay. 2020. « Social Networks, Social Capital, Social Support and Academic Success in Higher Education: A Systematic Review with a Special Focus on 'Underrepresented' Students ». *Educational Research Review* 29: 100307. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2019.100307>.
- Mohammadi-Firouzeh, Mona, Kyeong Mi Oh, Iccha Basnyat, et Gilbert Gimm. 2023. « Factors Associated with Professional Mental Help-Seeking Among Immigrants: A Systematic Review. » *Journal of Immigrant and Minority Health* 25 (4): 1118–1136. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01475-4>
- Morenoff, Jeffrey D., Robert J. Sampson, et W. Stephen Raudenbush. 2001. « Neighborhood Inequality, Collective Efficacy, and the Spatial Dynamics of Urban Violence. » *Criminology* 39(3): 517–559. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2001.tb00932.x>.
- Ng, Edward, et Russell Wilkins. 2019. *Healthy Immigrant Effect by Immigrant Category in Canada*. Statistique Canada, Rapports sur la santé, no. 82-003-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019004/article/00001-eng.htm>

- Oluwoye, Oladunni, Megan Puzia, Ari Lissau, Ofer Amram, et Douglas L. Weeks. 2024. « Multidimensional Approach to Exploring Neighborhood Determinants and Symptom Severity among Individuals with Psychosis. » *JAMA Network Open* 7(5): e2410269. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.10269>.
- Ontario Human Rights Commission (OHRC). 2003. *Paying the Price: The Human Cost of Racial Profiling*. Toronto: Ontario Human Rights Commission. Consulté le 30 janvier 2025. <https://www3.ohrc.on.ca/en/paying-price-human-cost-racial-profiling/effects-racial-profiling>.
- Ooi, Laura L., Hannah L. Carlin, Amanda B. Macdonald, et al. 2023. “Isolement social, solitude et santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19.” *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 43 (4). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.02f>
- Oreopoulos, Philip. 2009. « Why Do Skilled Immigrants Struggle in the Labor Market? A Field Experiment with Thirteen Thousand Resumes. » *American Economic Journal: Economic Policy* 3(4): 148-171. <https://doi.org/10.1257/pol.3.4.148>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2004. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Genève : OMS. Consulté le 30 septembre 2025. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2014. *Prévenir le suicide : un impératif mondial*. Genève : OMS. Consulté le 30 Mars 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2022. *Santé mentale : renforcer notre action. Plan d'action global pour la santé mentale 2013–2030*. Genève : OMS. Consulté le 30 septembre 2025. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361818/9789240056923-fre.pdf>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2023. *Violence against Women Prevalence Estimates, 2018*. Genève : OMS. Consulté le 30 septembre 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.

- Otero, Marcelo. 2005. « Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation. » *Cahiers de recherche sociologique* 41–42 : 5–15. <https://doi.org/10.7202/1002457ar>.
- Pain, Rachel. 2000. « Place, Social Relations and the Fear of Crime: A Review. » *Progress in Human Geography* 24(3): 365–87. <https://doi.org/10.1191/030913200701540474>.
- Palma, Patricia. Jardim, Lopes, Miguel, Monteiro, Ane. Sofia. 2012. «The impact of objective and subjective measures of security on subjective well-being: Evidence from Portugal». Dans D. Webb et E. Wills-Herrera (dir.), *Subjective well-being and security* (p. 69-90)
- Pain, Rachel. 2001. « Gender, Race, Age and Fear in the City. » *Urban Studies* 38(5–6): 899–913. <https://doi.org/10.1080/00420980120046590>.
- Paradies, Yin C. 2006. « Defining, Conceptualizing and Characterizing Racism in Health Research. » *Critical Public Health* 16(2): 143–157. <https://doi.org/10.1080/09581590600828881>.
- Pearson, Caryn, Teresa Janz, et Jennifer Ali. 2013. « Troubles de l’humeur et d’anxiété: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. » *Rapports sur la santé* 24(9) : 3–14. Ottawa : Statistique Canada. Consulté le 30 septembre 2025. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013009/article/11855-fra.htm>.
- Planey, Aisha M., Sienna M. N. Smith, Samantha Moore, et Terence D. Walker. 2019. « Obstacles et facilitateurs à la recherche d’aide en santé mentale chez les jeunes afro-américains et leurs familles : une revue systématique ». *Children and Youth Services Review* 101: 190–200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.001>
- Public Health Agency of Canada. 2024. *Inequalities in Mental Health, Well-Being and Wellness in Canada*. Ottawa: Public Health Agency of Canada. Consulté le 30 Août 2025. <https://health-infobase.canada.ca/mental-health/inequalities/report.html>
- Pulido, Laura. 2000. « Rethinking Environmental Racism: White Privilege and Urban Development in Southern California. » *Annals of the Association of American Geographers* 90(1): 12–40. <https://doi.org/10.1111/0004-5608.00182>
- Reed, Nina Petersen, Staffan Josephsson, et Sissel. Alsaker. 2020. « A Narrative Study of Mental Health Recovery: Exploring Unique, Open-Ended and Collective Processes. »

- International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 15(1): 1747252.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1747252>.
- Reitz, Jeffrey G. 2001. « Immigrant Skill Utilization in the Canadian Labour Market: Implications of Human Capital Research. » *Journal of International Migration and Integration* 2(3): 347-378. <https://doi.org/10.1007/s12134-001-1004-1>
- Riley, Alicia R., Lindsay R. Pool, Arline T. Geronimus, et Teresa Seeman. 2024. « Weathering and Mental Health: The Role of Cumulative Stress and Allostatic Load in Racial Inequalities. » *Social Science & Medicine* 337: 115640.
- Rodrigues, P., Côté-Lussier, C., Daniel, M., Barnett, T., Carmichael, J., Kakinami, L., ... & Tabri, N. (2026). Novel Canadian micro-neighborhood crime and safety related stressors: implications for individual safety and mental health. *GeoJournal*, 91(1), 6.
- Ross, Catherine E., et John Mirowsky. 2001. « Neighborhood Disadvantage, Disorder, and Health. » *Journal of Health and Social Behavior* 42(3): 258–76.
<https://doi.org/10.2307/3090214>.
- Ross, Catherine E., et John Mirowsky. 2009. « Neighborhood Disorder, Subjective Alienation, and Distress. » *Journal of Health and Social Behavior* 50(1): 49–64.
<https://doi.org/10.1177/002214650905000104>.
- Rousseau, Cécile. 2020. « Un numéro thématique sur la santé mentale des immigrants et réfugiés ». *Santé mentale au Québec* 45 (2) : 11-18. <https://doi.org/10.7202/1075385ar>.
DOI :
- Ryff, C. D., et B. Singer. 1996. « Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research. » *Psychotherapy and Psychosomatics* 65(1): 14–23. <https://doi.org/10.1159/000289026>.
- Salami, Bukola, Bula Denga, R. Taylor, N. Ajayi, M. Jackson, M. Asefaw et J. Salma. 2021. « Accès à la santé mentale pour les jeunes Noirs en Alberta ». *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 41 (9): 245–253.
<https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.9.01>
- Salma, Jordana, et Gina M. Higginbottom. 2020. « Understanding the Healthy Immigrant Effect in the Context of Mental Health: A Review of Evidence. » *Public Health Reviews* 41 (16). <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00118-2>

- Sam, David L., et John W. Berry. 2010. « Acculturation: When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet ». *Perspectives on Psychological Science* 5 (4) : 472-481. <https://doi.org/10.1177/1745691610373075>.
- Sampson, Robert J., et Stephen W. Raudenbush. 1999. « Systematic Social Observation of Public Spaces: A New Look at Disorder in Urban Neighborhoods. » *American Journal of Sociology* 105(3): 603–51. <https://doi.org/10.1086/210356>.
- Sampson, Robert J., et Stephen W. Raudenbush. 2004. « Seeing Disorder: Neighborhood Stigma and the Social Construction of “Broken Windows.” » *Social Psychology Quarterly* 67(4): 319–42. <https://doi.org/10.1177/019027250406700401>.
- Sampson, Robert J., Jeffrey D. Morenoff, et Felton Earls. 1999. « Beyond Social Capital: Spatial Dynamics of Collective Efficacy for Children. » *American Sociological Review* 64(5): 633–660. <https://doi.org/10.2307/2657367>.
- Schellenberg, Grant, et Hélène Maheux. 2007. « Immigrants’ Perspectives on Their First Four Years in Canada: Highlights from Three Waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. » *Canadian Social Trends*, No. 82 (Avril). Ottawa: Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-008-x/2007000/9627-eng.htm>
- Schiller, Crystal E., Sarah L. Johnson, Anna C. Abate, Peter J. Schmidt, et David R. Rubinow. 2016. « Reproductive Steroid Regulation of Mood and Behavior. » *Comprehensive Physiology* 6 (3): 1135–1160. <https://doi.org/10.1002/cphy.c150014>
- Selod, Saher. 2019. « Gendered Racialization: Muslim American Men and Women’s Encounters with Racialized Surveillance. » *Ethnic and Racial Studies* 42(4): 552–569.
- Shan, Ruoxi, et Min Li. 2023. *Core Housing Need Transitions of Racialized Communities in Canada*. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation. Consulté le 30 septembre 2025. https://publications.gc.ca/collections/collection_2023/schl-cmhc/NH21-16-2023-eng.pdf.
- Shaw, Mary. 2004. « Housing and Public Health. » *Annual Review of Public Health* 25: 397-418. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036>
- Skogan, Wesley G. 1990. *Disorder and Decline: Crime and the Spiral of Decay in American Neighborhoods*. New York: Free Press.

- Sobers, Maria, Bukola Salami, Amy Bombay, et al. 2025. « Mental Health Service Use among Black Adolescents in Canada. » *Canadian Medical Association Journal* 197(29): E901–E909. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230354>.
- Souissi, Takwa. 2022. « Racialized Minorities. » *The Canadian Encyclopedia*. Historica Canada. Article published February 23, 2022. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/racialized-minorities>
- Stafford, Mai, Michael J. Kelly, et al. 2008. « Neighborhood Characteristics and Trajectories of Health Functioning: A Multilevel Study. » *Social Science & Medicine* 66 (8): 2056-2070.
- Statistique Canada. 2013. « Canadian Community Health Survey: Mental Health, 2012. » Ottawa : Statistique Canada. Consulté le 10 juillet 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/130918/dq130918a-eng.htm>
- Statistique Canada. 2014. *Enquête sociale générale sur la victimisation*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté le 10 juillet 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/85-002-X>.
- Statistique Canada. 2017a. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2015 : guide de l'utilisateur*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté le 4 juillet 2025. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=259374. Le 10 juillet 2024.
- Statistique Canada. 2017b. *Enquête sociale générale sur la sécurité des Canadiens (victimisation), 2014 : guide de l'utilisateur*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté le 4 juillet 2025. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=148641. Le 9 juillet 2024.
- Statistique Canada. 2019. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2019*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté le 15 mars 2024. <https://www150.statcan.gc.ca>. Le 9 juillet 2024.
- Statistique Canada. 2021. « Self-Rated Health, Canada, Table 13-10-0096-02. » Ottawa : Statistique Canada. Consulté le 20 septembre 202. <https://doi.org/10.25318/1310009601-eng>

- Statistique Canada. 2022. *Employment Income Statistics by Visible Minority, Highest Level of Education, Immigrant Status and Income Year: Canada, Provinces and Territories*. Tableau 98-10-0439-01. DOI : <https://doi.org/10.25318/9810043901-eng> Consulté le 25 août 2025.
- Statistique Canada. 2022. « *La surqualification des diplômés universitaires de langue française et de langue anglaise travaillant dans la région métropolitaine de recensement de Montréal, 2016*. » Infographie. Produit n° 11-627-M2021078 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2021078-fra.htm>. Consulté le 2 février 2026
- Statistique Canada. 2023. *Changing demographics of racialized people in Canada*. Catalogue no. 36-28-0001. Ottawa: Statistics Canada. <https://doi.org/10.25318/36280001202300800001-eng>, consulté le 1^{er} février 2026
- Statistique Canada. 2024. *Sources of Income of Racialized Individuals 65 Years and Over in Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté le 25 août 2025. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2025003-eng.htm>
- Stigsdotter, Ulrika K., Ola Ekholm, Jesper Schipperijn, Mette Toftager, Finn Kamper-Jørgensen, et Thomas B. Randrup. 2010. « Health-Promoting Outdoor Environments: Associations between Green Space, and Health, Health-Related Quality of Life and Stress Based on a Danish National Representative Survey. » *Scandinavian Journal of Public Health* 38 (4): 411-417. <https://doi.org/10.1177/1403494810367468>
- Sugiyama, Takemi, Ester Leslie, Billie Giles-Corti, et Neville Owen. 2008. « Associations of Neighborhood Greenness with Physical and Mental Health: Do Walking, Social Coherence and Local Social Interaction Explain the Relationships? » *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (5): e9. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.064287>
- Sénécal, Gilles, Geneviève Cloutier, et Philippe Herjean. 2008. « Le quartier comme espace transactionnel : l'expérience des Tables de concertation de quartier à Montréal. » *Sociologie et sociétés* 40(2) : 191–214. <https://doi.org/10.7202/019064ar>.
- Ulrich, Roger S., Robert F. Simons, Barbara D. Losito, Evelyn Fiorito, Mark A. Miles, and Michael Zelson. 1991. « Stress Recovery during Exposure to Natural and Urban Environments. » *Journal of Environmental Psychology* 11 (3): 201–230. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)

- Truong, Khoa D., et Shih-Fen Ma. 2006. « A Systematic Review of Relations Between Neighborhoods and Mental Health. » *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9 (3): 137–154.
- Van der Ven, Ellen, France Bourque, Ridha Joober, Jean-Paul Selten, et Ashok K. Malla. 2012. « Comparaison de la présentation clinique de la psychose du premier épisode entre différents groupes de migrants et de minorités ethniques à Montréal, Québec ». *The Canadian Journal of Psychiatry* 57 (5) : 300–308. <https://doi.org/10.1177/070674371200505>
- Ville de Montréal. 2017. *Profil sociodémographique : recensement de 2016, île de Montréal*. Montréal : Service de la diversité et de l'inclusion sociale, Division de la recherche et du développement social. Consulté le 30 Aout 2025. https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d_social_fr/media/documents/profil_sociodemographique_2016.pdf.
- Viruell-Fuentes, Edna Areli, Patricia Yvonne Miranda, et Sawsan Abdulrahim. 2012. « More than Culture: Structural Racism, Intersectionality Theory, and Immigrant Health. » *Social Science & Medicine* 75 (12): 2099-2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.017>
- Vogler, Antoine. 2020. « Montréal-Nord, Montréal-Noir : les discours et les récits de la stigmatisation territoriale ». Mémoire de maîtrise en géographie, Département de géographie, Université de Montréal, Montréal. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/24228>
- Wacquant, Loïc. 1996. « The Rise of Advanced Marginality: Notes on Its Nature and Implications. » *Acta Sociologica* 39(2): 121–139. <https://doi.org/10.1177/000169939603900201>.
- Wacquant, Loïc. 2007. « Territorial Stigmatization in the Age of Advanced Marginality. » *Thesis Eleven* 91(1): 66–77. <https://doi.org/10.1177/0725513607082003>.
- Waldron, Ingrid. 2020. « Environmental Racism in Canada. » *Canadian Commission for UNESCO's IdeaLab*, Ottawa, juillet. Consulté le 30 septembre 2025.
- Wellman, Barry. 1979. « Networks, Neighbourhoods and Communities: Approaches to the Study of the Community Question. » *Urban Affairs Quarterly* 14 (3): 363-390. <https://doi.org/10.1177/107808747901400305>

- Weisburd, David, Kuen, C. V. Uding, et J. Ready. 2025. « Antisocial and Prosocial Activities at Crime Hot Spots: Rethinking Conventional Paradigms. » *Urban Studies*. <https://doi.org/10.1177/00420980251319208>.
- Whitley, Rob. 2016. « Variation ethno-raciale du rétablissement d'une maladie mentale grave ». *The Canadian Journal of Psychiatry* 61 (6): 340–347. <https://doi.org/10.1177/0706743716643740>
- Williams, David Rudyard et Selina A. Mohammed. 2013. « Racism and Health II: A Needed Research Agenda for Effective Interventions. » *American Behavioral Scientist* 57 (8): 1200–1226. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>
- Williams, David Rudyard et Jamaal Lawrence. 2019. « Understanding How Discrimination Can Affect Health. » *Health Services Research* 54(S2): 1374–88. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>.
- Williams, David Rudyard, Jourdyn Alexis Lawrence, et Brigette A. Davis. 2019. « Racism and Health: Evidence and Needed Research. » *Annual Review of Public Health* 40: 105–125. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>
- Wilson, James Q., et George L. Kelling. 1982. « Broken Windows: The Police and Neighborhood Safety. » *The Atlantic Monthly* 249 (3): 29-38. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1982/03/broken-windows/304465/>
- Women in Cities International (WICI). 2010. *Women's Safety Audits: What Works and Where?* Montréal : Women in Cities International. Consulté le 24 septembre 2024. <https://www.wici-montreal.org/wp-content/uploads/2010/01/Womens-Safety-Audits-What-Works-Where.pdf>.
- Woodgate, Roberta Lynn, et Dianne Susan Busolo. 2018. « Au-dessus du chaos, de la quête et de la restitution : expériences narratives de l'établissement des jeunes immigrants africains au Canada ». *BMC Public Health* 18 (1): 333. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5239-6>
- Zeiders, Katharine H., Lindsay Till Hoyt, et Emma K. Adam. 2014. « Neighborhood Perceptions, Stress, and Depressive Symptoms among Adolescents in Urban Contexts. » *Journal of Youth and Adolescence* 43(6): 1019–1034. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0038-0>.

Annexe I

Tableau 1. Répartition de la population selon le revenu et le statut de minorité visible

Revenu	Minorité visible	Non-minorité visible
	%	%
29 000 et moins	32,4	26,6
30 000 – 59 999	35,2	27,0
60 000 – 99 999	17,6	21,0
100 000 et plus	14,8	25,4
Total	100	100

Tableau 2. Répartition de la population selon le statut de minorité visible et la santé mentale

Groupe	N	Bonne SM (%)	Mauvaise SM (%)
Minorité visible	284	66,5	33,5
Non-minorité visible	835	73,7	26,3

Tableau 3. Répartition de la population selon le statut de minorité visible, le sexe et la santé mentale

Groupe	Bonne santé mentale (%)
Hommes non-minoritaires	77,9
Femmes non-minoritaires	70,1
Hommes minorités visibles	71,4
Femmes minorités visibles	61,8