

# SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS

UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

*Préparé par le Rifssso  
pour Reflet Salvéo*

---

**Mars 2014**

---



## Table des matières

---

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>3</b>
<b>Profil des immigrants</b>	<b>4</b>
Profil démographique	4
Profil selon les groupes d'âges	7
<b>Défis - immigrants</b>	<b>12</b>
<b>Défis des fournisseurs</b>	<b>16</b>
<b>Modèle de livraison de services</b>	<b>30</b>
<b>Pratiques exemplaires</b>	<b>37</b>
<b>Annexe I - Glossaire</b>	<b>42</b>
<b>Annexe II – Bibliographie</b>	<b>44</b>
<b>Annexe II – Bibliographie</b>	<b>44</b>

**NOTE : le masculin utilisé dans ce document vise uniquement à alléger le texte.**

## Introduction

*80% de la population sera affectée par la maladie mentale chez un membre de la famille, un ami ou un collègue.*

*-Santé Canada*

Tout le monde peut être touché par une maladie mentale, homme ou femme, jeunes ou aînés, et ce, à différents moments de sa vie. Les maladies mentales peuvent prendre plusieurs formes, tout comme c'est le cas pour les maladies physiques. D'ailleurs, on prévoit que 20% de la population connaîtra une maladie mentale à un moment ou l'autre dans sa vie et le 80 % qui reste sera affectée par une maladie mentale chez un membre de la famille, un ami ou un collègue<sup>1</sup>.

Il est reconnu que la plupart des gens qui éprouvent des problèmes de santé mentale ne demandent pas d'aide. Les statistiques pour l'Ontario laisse entendre que 35% des personnes qui souffrent de troubles mentaux ne sont traitées que par leur médecin de famille par rapport aux 40% qui sont traitées par les services de santé mentale et aux 25% qui reçoivent des soins à la fois de leur médecin de famille et des professionnels en santé mentale<sup>2</sup>. La stigmatisation reliée aux maladies mentales inspirent souvent de la crainte et continuent d'avoir une connotation associée à la honte en raison de l'attribution d'une étiquette négative à la personne qui en est atteinte, ce qui contribue à la création de stéréotypes sociaux, en plus de susciter de la peur<sup>3</sup>.

La stigmatisation ethnique et culturelle des problèmes de santé mentale a des répercussions importantes sur les gens, malgré le fait que la prévalence générale des maladies mentales soit la même dans toutes les cultures<sup>4</sup>. Les groupes ethnoculturels ne sont pas, en soi, une population « particulière » mais plutôt une population à risque puisqu'ils ont peu accès aux services spécifiques et/ou uniques dont ils pourraient avoir besoin<sup>5</sup>. En situation d'immigration et d'intégration, les immigrants font face à certains facteurs personnels et sociaux qui ont une influence particulièrement sur l'état d'équilibre et de bien-être<sup>6</sup>. Ils ont parfois traversé des épreuves difficiles – catastrophes naturelles, guerres, répression, torture qui présentent des risques particuliers de trouble de santé mentale. Toutefois, on constate que chez les immigrants qui ont besoin de soins en santé mentale, ils ne sont pas enclins à demander de l'aide en raison de cette image négative rattachée à la maladie mentale et aux barrières culturelles et linguistiques.

L'accessibilité est donc une question clé pour eux !

Dans ce document, vous trouverez la revue des documents publiés depuis l'an 2 000 et qui se retrouvent principalement sur l'Internet. Cette revue littéraire porte principalement sur les défis et enjeux que vivent immigrants et réfugiés lorsqu'ils veulent avoir accès à des soins de santé mentale.

Dans un premier temps, vous trouverez le profil des communautés que l'on retrouve sur le territoire desservi par Reflet Salvéo. Ensuite, nous faisons un survol des défis que font face les immigrants et communautés ethnoculturelles lorsqu'ils veulent accéder à des services de santé mentale.

Nous vous présentons également la perspective des fournisseurs des services de santé mentale, qui dans l'intérêt de desservir adéquatement cette population, font face également à plusieurs enjeux dans l'offre des services de santé mentale.

Nous terminons en identifiant des pratiques prometteuses dans la livraison de soins de santé mentale auprès des communautés ethnoculturelles ainsi que divers modèles de livraison qui pourraient être adaptés afin de mieux desservir ce groupe cible.

## **Méthodologie**

---

La recherche a été faite à partir de la littérature existante, en français et en anglais, qui a été publiée depuis l'an 2000, principalement sur l'Internet. Les mots-clés suivants ont été utilisés: santé mentale, immigration, immigrant, filles immigrantes, femmes immigrantes, jeunes immigrants, aînés immigrants, meilleures pratiques, pratiques prometteuses, accès, soins de santé, soins de santé mentale, services de santé mentale, communauté ethnoculturelle, ethnoculturel, intégration, fournisseurs de services, livraison des services en santé mentale, milieu minoritaire, francophone, francophonie.

Veillez noter que dans le cadre de cette revue littéraire, les termes immigrants » et « réfugiés » ont été soit utilisés de façon interchangeable ou bien qu'ils étaient fusionnés dans un terme plus large « immigrants et réfugiés ». Donc aucune recherche spécifique n'a été faite sur le thème « réfugié » car ce groupe est plus susceptible d'avoir des problèmes psychologiques, un niveau de stress plus élevé que les immigrants de la catégorie du regroupement familial<sup>7</sup>. Bien qu'il y ait une littérature abondante qui aborde les enjeux de la population immigrante, nous avons trouvé très peu de statistiques et de recherches qui touchent la population immigrante francophones vivant en milieu minoritaire et encore moins ceux vivant dans les régions desservies par Reflet Salvéo (Toronto, Peel, Halton, Dufferin, etc.).

Cette revue de la littérature s'inscrit également dans une volonté organisationnelle de Reflet Salvéo de s'assurer que les immigrants francophones aient un accès équitable à des soins en santé mentale de qualité et qui répondent à leurs besoins. Elle n'a pas la prétention d'être exclusive mais elle permettra de mieux comprendre la problématique et aussi d'identifier les pratiques prometteuses dans la prestation des soins de santé mentale pour différents groupes d'immigrants. De plus, ce document pourra également servir d'outil pour la planification, la prise de décision et le développement de plans d'action visant à assurer la mise en œuvre d'un continuum de services de santé mentale en français pour la population ethnoculturelle.

## Profil des immigrants

---

Le Canada a accueilli 248 660 résidents permanents en 2011 et prévoit que d'ici 2017, environ un Canadien sur cinq (environ 19% à 23% de la population) pourrait être un membre d'une minorité visible<sup>8</sup>. Le profil statistique de la population immigrante francophone<sup>9</sup> révèle une situation souvent différente de celle de la population francophone dans son ensemble bien qu'elles partagent certaines caractéristiques. Les deux populations sont en majorité mariées légalement et elles sont vieillissantes. Les domaines d'activités des deux populations sont sensiblement les mêmes mais on note une plus grande proportion d'immigrants francophones travaillant dans le secteur des services professionnels, scientifiques et techniques. La population immigrante francophone est généralement plus scolarisée et urbaine que la population francophone mais son taux de chômage est plus élevé.

Pour ce qui est de l'Ontario, on retrouve environ les mêmes caractéristiques à l'exception près. Selon Statistiques Canada (2011)<sup>10</sup>, l'Ontario a accueilli 43,1 % des immigrants qui sont arrivés au Canada entre 2006 et 2011. Ceux-ci se sont installés principalement dans le plus grand centre urbain de la province – la région du Grand Toronto – où on a une proportion beaucoup plus élevée d'immigrants francophones. 85,1% des 2,6 millions de personnes faisant partie des minorités visibles vivaient principalement dans quatre municipalités: la ville de Toronto, Mississauga, Brampton et Markham. Parmi ces municipalités, Markham avait la plus forte proportion de minorités visibles, soit 72,3% de la population de cette localité. Les minorités visibles constituaient 66,4% de la population de Brampton, 53,7 % de celle de Mississauga et 49,1% de celle de la ville de Toronto. Par ailleurs, à Toronto et Peel, nous retrouvons près de la moitié de tous les résidents (respectivement 46,9 % et 50%) faisant partie de la minorité visible.

### Profil démographique

Pour ce qui est de la population immigrante francophone, nous avons tracé un profil démographique pour chaque région desservie par Reflet Salvéo et avons également souligné leurs caractéristiques :

### Riiss Centre-Toronto

Population totale : 1,15 millions d'individus – 41% sont des immigrants<sup>11</sup>

Population francophone : 53 375 individus<sup>12</sup>

Communauté ethnoculturelle francophone : Toronto - 16 785 individus de minorités visibles<sup>13</sup>  
(un francophone sur trois appartenait à une minorité visible)

#### Caractéristiques :

En 2006, quelque 92 % des immigrants francophones vivaient surtout à Toronto (31 800 personnes ou 33,1 % du total).

- Une grande partie de la population francophone de la région de Toronto sont des immigrants récents qui viennent surtout des pays africains.
- 52 % des immigrants francophones de la région de Toronto ont une moyenne d'âge entre 25 et 44 ans. L'âge médian de cette population est de 37,7 et elle est comparable à l'âge médian de 38,4 pour l'ensemble de la population de Toronto et plus bas que l'ensemble des francophones de la province dont l'âge médian est de 42,7<sup>14</sup>. Ceci est attribuable en partie au fait que bon nombre des membres des minorités visibles étaient des immigrants qui sont arrivés au Canada au cours des dernières décennies.
- Les personnes tendent à migrer lorsqu'elles sont plus jeunes, et sont plus susceptibles d'être à un stade de leur vie pendant lequel elles auraient de jeunes enfants. En général, la population des minorités visibles est plus jeune que la population totale<sup>15</sup>.
- Alors que la proportion de personnes âgées est légèrement plus petite pour Toronto, le nombre de personnes âgées francophone en général continue de croître. Les aînés francophones représentent 12,6% de la population francophone de Toronto par rapport à 15,9% de la population francophone totale de la province et 13,6% de la population totale de Toronto.

**Rliss Mississauga Halton<sup>16</sup>**

Population totale : 1 040 800 individus

Population francophone : 18 540 individus (selon les données de Statistiques Canada de 2006). Par contre, selon la définition inclusive des francophones, il y aurait 35 730 francophones)

Communauté ethnoculturelle : 4 524 (soit 29% de la population francophone).

**Caractéristiques<sup>17</sup> :**

- Population francophone avec deux composantes, définies par la première langue officielle parlée, une population scolarisée, qui travaille en ville (Mississauga et Toronto), dans les services.
- La composante française est principalement de langue maternelle française et très majoritairement ontarienne.
- Elle comprend peu de minorités visibles.
- Elle est plus âgée que la population totale.
- Comprend davantage de femmes que d'hommes.
- Elle est jeune et comprend une forte population adolescente, surtout à Mississauga.
- Elle est scolarisée, mais présente un taux de chômage élevé, travaille souvent à temps partiel ou une partie de l'année et gagne un revenu moins élevé.

**Rliss Centre Ouest**

Population : 720 300 individus<sup>18</sup>

Population francophone : 11 200 individus (1,7 % de la population est francophone (Brampton – 6650; Caledon – 635; Comté de Dufferin – 620; Malton – 725; Rexdale – ; 2 240; Woodbridge – 330)

Communauté ethnoculturelle : Aucune statistique officielle. Cependant le Rliss Centre Ouest indique que 40% de la communauté qu'il dessert appartient au groupe de minorité visible.



Caractéristiques<sup>19</sup> :

- Selon un rapport sociodémographique fait par le RLISS Centre Ouest en 2010, la population francophone est principalement située à Brampton.
- Troisième génération d'immigrants, née au Canada.
- Une forte proportion de personnes issues de la minorité noire.
- Une forte proportion dans le groupe d'âge compris entre 40 et 65 ans.
- Une proportion d'hommes de 46,5 %.
- Un niveau d'éducation situé principalement au niveau du collège et de la formation professionnelle.
- Un taux de chômage plus faible (3,9 %) que celui de la population totale (6,6 %).
- Un revenu plutôt élevé (supérieur à 40 000 \$).

**Profil selon les groupes d'âges**

Dans la section qui suit, vous trouverez certaines caractéristiques des sous-groupes ethnoculturels:

**AÎNÉS IMMIGRANTS**

- Près des deux tiers des aînés de Toronto sont des immigrants.
- Selon Statistiques Canada, en Ontario, 6.4% des personnes de 65 ans et plus ne parle ni l'anglais, ni le français. Dans la région de Peel<sup>20</sup>, nous retrouvons environ 14% des aînés qui n'ont aucune connaissance ou une connaissance limitée de l'anglais et du français.
- Collectivement, les immigrants sont plus âgés, un sur cinq (19,7 %) ayant 65 ans et plus, soit une proportion beaucoup plus forte que pour l'ensemble de la population de la province (13,7 %)<sup>21</sup>.
- Les aînés immigrants qui ne parlent ni l'anglais ni le français ont très peu accès à de l'information car celle-ci est offerte dans l'une des deux langues officielles. Ils connaissent peu les ressources disponibles dans leur communauté et les barrières linguistiques auxquelles ils font face les limitent à accéder aux soins de santé appropriés. Ces enjeux sont plus

présents chez les femmes âgées car celles-ci ont moins d'opportunités d'apprendre une des deux langues officielles.

- Un aîné ayant récemment immigré fera face à des défis différents de ceux d'un aîné ayant immigré il y a 30 ans; un aîné immigrant de race blanche rencontrera des problèmes différents de ceux d'un aîné qui est né au Canada, mais qui fait partie d'une minorité visible<sup>22</sup>.
- Contrairement à ce qu'on observe dans les groupes d'âge plus jeunes, les nouveaux aînés immigrants disent avoir une santé moins bonne que les aînés non immigrants.
- La santé mentale est un autre secteur préoccupant en ce qui a trait aux aînés des minorités ethnoculturelles, surtout ceux qui ont immigré récemment, car les problèmes sont trop souvent non diagnostiqués et non traités<sup>23</sup>.
- En 2002, bien que le niveau de détresse psychologique soit assez faible chez la majorité des aînés, les aînés nouvellement immigrés ont déclaré des niveaux inférieurs aux aînés non immigrants<sup>24</sup>.
- Même si de nombreux aînés sont confrontés à des problèmes de santé plus graves, ils sont plus susceptibles de déclarer des niveaux de bien-être supérieurs et moins susceptibles d'éprouver de la détresse psychologique<sup>25</sup>.
- Les obstacles à l'accès aux soins et aux services de santé, notamment les différences culturelles et linguistiques, le revenu plus faible et la discrimination, mettent la santé des aînés immigrants en danger<sup>26</sup>.
- Les immigrants prennent en général leur retraite plus tard que les personnes nées au Canada. En 2002, l'âge moyen de la première retraite des immigrants nouvellement retraités (ceux qui ont pris leur retraite entre 1992 et 2002) était de 61,5 ans, comparativement à 59,7 ans chez les non-immigrants.
- Les aînés immigrants, particulièrement les nouveaux immigrants, ont en général un sentiment d'appartenance à leur collectivité locale inférieur aux aînés nés au Canada. Cela est compréhensible puisque le sentiment d'appartenance s'accroît en général avec le temps passé dans une collectivité (Schellenberg, 2004b).

#### ENFANTS ET ADOLESCENTS IMMIGRANTS

- Un enfant sur cinq vivant au Canada est soit né à l'étranger, soit né dans une famille d'immigrants ou de réfugiés<sup>27</sup>.
- Plus du tiers des enfants immigrants vivent dans la pauvreté au Canada. En conséquence, ces enfants sont exposés à un nombre important de facteurs de risque sociaux et environnementaux qui peuvent avoir des répercussions négatives sur leur santé mentale<sup>28</sup>.
- Les adolescents ont de la difficulté à surmonter les traumatismes antérieurs et à se définir une nouvelle identité partagée entre deux cultures. Les jeunes arrivants sont deux fois plus à risque de dépression que les personnes de 35 ans et plus dans la même situation. Les statistiques sur le suicide décrivent souvent les jeunes comme une population déprimée et vulnérable.
- Les résultats de certaines études démontrent que les enfants immigrants sont davantage exposés à la maladie et à la souffrance morale, et sont plus susceptibles d'afficher des troubles du développement et des troubles du comportement que les enfants nés au pays<sup>29</sup>.
- La plupart des troubles mentaux se révèlent avant l'âge de vingt-cinq ans et portent souvent à être chroniques, provoquant des résultantes négatives dans la plupart des cas, à courte et à longue échéance<sup>30</sup>.
- Les enfants et les adolescents immigrants utilisent différentes façons pour faire leur premier contact avec les services de santé mentale. Les médecins de famille, pédiatres, travailleurs sociaux et les enseignants sont les sources les plus courantes de référence aux services de santé mentale pour ces populations<sup>31</sup>. Cela signifie que ces premiers fournisseurs en ligne ont une position privilégiée et indispensable dans la reconnaissance des difficultés psychologiques, et éventuellement de décider des interventions nécessaires.
- Les enfants et les adolescents qui venaient d'arriver au Canada ont déclaré les mêmes taux de détresse psychologique que les enfants et adolescents nés au Canada. Cependant, ils sont également plus susceptibles de faire l'objet de discrimination<sup>32</sup>.
- Parmi les problèmes<sup>33</sup> que rencontrent les jeunes immigrants et réfugiés, on comptait l'adaptation au milieu scolaire (la marginalisation et les conflits

culturels, les relations parent-enfant (les problèmes de communication et des attentes parentales) et le conflit intrapersonnel (l'acculturation, les valeurs et l'origine ethnique).

- Les adolescents qui ont des besoins en santé mentale risquent d'être les moins bien servis car ils n'ont souvent pas des contacts réguliers avec le système de soins de santé. Ils ont tendance à consulter un professionnel de la santé uniquement pour des blessures sportives ou pour une évaluation physique. Ils cherchent rarement à obtenir des soins pour des problèmes de santé mentale. De plus, il y a peu de professionnels de la santé spécialisés en santé mentale des adolescents.
- Les jeunes de 16 à 24 ans, qui font partie du groupe «jeunesse transitoire», passent souvent à travers les mailles du système.
- Les enfants et les adolescents immigrants sont également jugés vulnérables en raison des situations nuisibles pour leur identité auxquelles ils se heurtent telles que le conflit intergénérationnel suscité par les différents taux d'acculturation chez les parents et les enfants (Gil et Vega, 1992; Roy, Rhéaume et Hétu, 1998), les problèmes liés au fait qu'ils aboutissent dans un nouveau milieu scolaire et perdent leur ancien réseau social suite à la migration (Rumbaut, 1991), et l'isolement auquel ils font face en raison des obstacles linguistiques et du racisme (Dei, 2000)<sup>34</sup>.
- Les soins primaires représentent un important contexte pour servir les enfants et les adolescents ayant des besoins en santé mentale parce que la plupart des enfants consultent un prestataire de soins de santé primaire au moins une fois l'an. Les avantages de fournir des soins de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires comprennent la connaissance de la famille, moins de stigmates et le choix du patient<sup>35</sup>.
- Les enfants et les adolescents ne s'identifient habituellement pas par eux-mêmes et sont normalement portés à l'attention des services par d'autres sources telles que leurs parents, leurs tuteurs, les agences de service social, les écoles, etc. Les services doivent être en lien avec ces sources importantes afin de recueillir tous les renseignements diagnostiques, ce qui, en retour, exige de tenir compte des questions de confidentialité et de logistiques (p. ex. la planification, l'emplacement, la coopération de parties qui peuvent quelque fois être en situation de litige)<sup>36</sup>.

**FEMMES IMMIGRANTES**

- La migration pourrait être plus néfaste pour les femmes que pour les hommes (Kliewer, 1991). Les femmes immigrantes de première génération présentent des taux de mortalité par suicide supérieurs à ceux de leurs homologues canadiens de naissance<sup>37</sup>.
- Les recherches démontrent qu'il y a une plus grande prévalence de certaines maladies mentales chez les femmes que les hommes : elles sont presque deux fois plus susceptibles d'être atteintes de dépression et d'éprouver de l'anxiété; on détecte plus fréquemment chez elles des troubles affectifs saisonniers et d'alimentation, des problèmes de panique et des phobies; elles font aussi plus de tentatives de suicides<sup>38</sup>.
- On sait aussi que les femmes font appel au système de soins de santé mentale plus fréquemment, reçoivent plus de traitements, sont prescrites deux fois plus de médicaments psychotropes et ont des taux d'hospitalisation plus élevés que les hommes, pour des problèmes de nature psychiatrique<sup>39</sup>.
- Les immigrantes avaient une prévalence accrue de symptomatologie dépressive, indépendamment de leur date d'immigration. La région d'origine était un solide prédicteur de symptomatologie dépressive : les femmes originaires des Caraïbes, d'Asie du Sud, du Maghreb, d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine présentaient la plus forte prévalence comparativement aux Canadiennes de souche. Les probabilités de dépression accrues chez les immigrantes s'atténuent lorsqu'on tient compte de leur manque de soutien social et d'argent pour répondre à leurs besoins fondamentaux. Les tendances temporelles des symptômes dépressifs variaient selon les origines<sup>40</sup>.
- Les immigrantes se forgent une opinion du système de santé canadien en le comparant à la qualité des soins qu'elles recevaient dans leur pays d'origine<sup>41</sup>.
- La perception de la violence conjugale est différente de celle qui a cours dans le pays d'accueil dans la mesure où certaines formes de ce fléau, par exemple la violence psychologique et la violence économique, ne sont pas souvent considérées au même titre que la violence physique et sont sous-évaluées<sup>42</sup>.

## Défis - immigrants

---

Les groupes ethnoculturels ne sont pas en soi une population « particulière » mais plutôt une population à risque puisqu'ils ont peu accès aux services spécifiques et/ou uniques dont ils pourraient avoir besoin. Bien que les immigrants disposent généralement d'une meilleure santé que les gens nés au Canada, leur état a tendance à se détériorer une fois installés au pays<sup>43</sup>.

Dans la plupart des cas, le risque de développer des troubles mentaux n'est donc pas particulièrement élevé immédiatement après réinstallation dans un pays étranger, mais augmente après une période « d'incubation » initiale<sup>44</sup>. Les immigrants à leur arrivée passent donc par une période initiale de joie et de soulagement, suivie d'une période caractérisée par des sentiments de regrets, de pertes et des difficultés d'adaptation, et, finalement, se terminant par une étape d'acceptation et de réorganisation<sup>45</sup> par rapport au stress vécu avant la migration en raison de la guerre, la torture et les viols, de même que le stress lié à la migration elle-même.

Le fait d'immigrer engendre chez ces personnes une rupture des réseaux et liens sociaux, ainsi qu'une transition d'un système socioéconomique et culturel à un autre. Les gens qui immigreront doivent souvent abandonner leur communauté, leurs amis et les membres de leur famille étendue, qui sont pour eux des sources importantes de soutien social, émotionnel et financier. De plus, à leur arrivée, les immigrants sont fréquemment confrontés au sous-emploi ou au chômage, à la perte de leur statut social, à la pauvreté, aux difficultés liées à l'apprentissage de nouveaux codes de conduite et de nouvelles langues, à l'incertitude face à l'avenir, au racisme et à la discrimination<sup>46</sup>. Il a été démontré que les besoins primaires des immigrants, surtout les nouveaux arrivants, (sécurité alimentaire, vêtement, logis, et autres) doivent être satisfaits avant de pouvoir s'occuper des besoins secondaires comme les services de santé mentale<sup>47</sup>. L'accès aux services de santé leur est donc essentiel pour éviter, par un diagnostic ou un traitement rapide des problèmes, de laisser la santé des immigrants se détériorer<sup>48</sup>.

Même si on observe des profils semblables en matière d'utilisation des soins de santé chez les immigrants et les non-immigrants<sup>49</sup>, en santé mentale les différentes études ont permis d'identifier une sous-utilisation des services de santé mentale par les immigrantes et les réfugiées. Ce qui a pour

conséquence, qu'ils sont moins susceptibles d'utiliser des soins primaires en santé mentale et même de les rechercher.

Les immigrants et réfugiés font donc face à une variété de défis: la non-disponibilité d'un interprète linguistique, la stigmatisation ou la discrimination ainsi que l'absence de services ou de soutien adaptés aux particularités culturelles<sup>50</sup>. Toutefois, les recherches en santé mentale faites auprès de groupe d'immigrants ne tiennent pas compte de l'usage des approches alternatives en santé mentale que certains groupes utilisent<sup>51</sup>.

La littérature indique que les nouveaux immigrants et les réfugiés ne vont pas d'eux-mêmes chercher les services de santé mentale qu'ils ont besoin. Bien souvent, ce sont les médecins de famille, pédiatres, travailleurs sociaux et même les enseignants qui vont les diriger ou référer vers ces services<sup>52</sup>. Ces travailleurs de première ligne ont le privilège de reconnaître les signes précurseurs chez les personnes immigrantes qui sont au prise avec des problèmes de santé mentale et peuvent potentiellement les aiguiller vers les services appropriés.

La santé mentale est un domaine multidimensionnel. Elle est influencée tant par le choix qui s'offrent aux personnes que par les ressources qui sont disponibles et accessibles<sup>53</sup>. Les personnes souffrant de maladies mentales ont besoin de services psychosociaux pour les aider dans différents domaines comme le logement, l'aide au revenu, l'éducation, le travail et pour accéder aux ressources disponibles à l'extérieur du système de services formel comme le soutien par les pairs ou la famille ou les organisations communautaires génériques. Même si les services sont disponibles, ils ne sont toutefois pas suffisants pour composer également avec les déterminants sociaux et économiques qui souvent l'accompagnent. Ces déterminants peuvent mener à une prévalence accrue chez les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou à des problèmes de santé mentale et de maladies mentales, lesquels peuvent à leur tour être compliqués par des facteurs particuliers comme l'adaptation et le stress liés à la migration, à la discrimination et aux difficultés linguistiques<sup>54</sup>.

Les **connaissances linguistiques** de l'immigrant font partie également des déterminants qui peuvent avoir un impact sur la santé<sup>55</sup>. La capacité de fonctionner dans langue du nouveau pays<sup>56</sup> semble être une des principaux défis, surtout pour les nouveaux arrivants. Des études ont démontré que les gens qui n'ont pas de bonnes connaissances de l'anglais restent plus



longtemps à l'hôpital lorsqu'ils n'arrivent pas à communiquer dans leur langue maternelle. Inversement, la qualité des soins reçus augmente lorsqu'un patient est capable de communiquer dans sa propre langue<sup>57</sup>. La langue a aussi un impact au niveau de la participation communautaire de ces communautés. D'ailleurs, on a remarqué chez ce groupe un plus faible taux de participation à des programmes de promotion de la santé, de prévention que la population en générale.

Une autre barrière à l'accès chez les immigrants est la **peur d'être stigmatisés ou discriminés**. Les caractéristiques ethniques d'une personne telles que la race et la culture influencent la façon dont les gens perçoivent et traitent la maladie mentale. Selon la Commission ontarienne des droits de la personne<sup>58</sup>, « la vulnérabilité peut conduire à une mauvaise santé mentale. La stigmatisation et la marginalisation engendrent une mauvaise estime de soi, une faible confiance en soi et une perte de motivation et d'espoir pour l'avenir. En outre, la stigmatisation et la marginalisation peuvent mener à l'isolement, qui est un facteur de risque important pour les troubles mentaux futurs ». Elle mentionne également que « l'exposition à la violence et aux mauvais traitements peut entraîner de graves problèmes de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, des troubles psychosomatiques et de toxicomanie. De même, la santé mentale est affectée négativement lorsque l'on bafoue les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux ou quand les gens sont tenus à l'écart des études ou des occasions de tirer un revenu ».

La stigmatisation et la discrimination touche plus les communautés ethniques que la population en générale. Les recherches démontrent qu'à cause de ce sentiment de honte partagé par la famille, et des perceptions culturelles différentes quant aux causes et aux traitements de problèmes psychologiques, certains groupes ethniques au Canada prendraient plus de temps que les Euro-Canadiens pour aller chercher de l'aide<sup>59</sup>.

Bien qu'on reconnaisse que la culture et la race peuvent avoir une grande influence dans l'accès aux services, il est très difficile d'étudier ce phénomène puisqu'il faut reconnaître que la stigmatisation relève souvent du non-dit<sup>60</sup> au sein d'une population. La culture fait en sorte qu'on ressent la stigmatisation sans qu'il soit nécessaire pour quiconque de l'exprimer clairement.



Pour certaines populations ethnoculturelles, utiliser des services de santé mentale ou admettre leurs besoins potentiels fait toujours l'objet de stigmates<sup>61-62</sup>. Les conséquences de cette stigmatisation sont reconnues comme faisant partie des caractéristiques ethniques ou culturelles :

- le fait que les personnes atteintes de maladie mentale soient considérées comme étant plus dangereuses par une ethnie que par une autre;
- un plus grand désir de se séparer des personnes ayant une maladie mentale alors que les recherches démontrent que les interactions et la proximité réduisent habituellement la stigmatisation;
- une plus grande crainte de recevoir un traitement injuste dans le milieu de la santé en raison de la race;
- une moins grande communication de l'état de santé mentale personnel à un médecin, à un professionnel de la santé ou même à un ami;
- la croyance que la maladie mentale a des répercussions négatives sur l'ensemble de la famille, réduisant les possibilités de mariages et les perspectives économiques.
- les personnes ayant une maladie mentale sont moins susceptibles de participer à des programmes de promotion de la santé, de prévention et de traitement
- les personnes souffrant d'une maladie mentale sont moins susceptibles de recevoir des soins nécessaires à la population en général en raison d'obstacles, qui comprennent des facteurs linguistiques et culturels, la discrimination, la stigmatisation et la méfiance des principaux fournisseurs de services.

La littérature indique également qu'après une période de risque initiale, la santé mentale des immigrants s'améliore avec le temps - amélioration qui persiste souvent chez la deuxième génération.

*De nombreux défis surgissent quand ils veulent accéder à des services de santé mentale : la non-disponibilité d'un interprète linguistique, la stigmatisation ou la discrimination ainsi que l'absence de services ou de soutien adaptés aux particularités culturelles.*

## Défis des fournisseurs

Les fournisseurs de services de santé, incluant ceux offrant des services de santé mentale, sont engagés à assurer à toute la population des services de santé de qualité, continus, accessibles pour tous, sécuritaires et ce en tenant compte des besoins de la communauté ethnoculturelle, des immigrants et réfugiés.

Les statistiques indiquent que les immigrants utilisent moins les services de santé<sup>63</sup> (notamment les services de santé mentale et de prévention) que la population canadienne de naissance. Bien que cela puisse être considéré comme une bonne nouvelle, on peut néanmoins se demander si cette situation ne serait pas attribuable au fait que les services actuels ne répondent pas aux besoins des immigrants, et non à une meilleure santé de ces derniers.

*Les fournisseurs de services et les professionnels en santé mentale doivent s'assurer d'offrir un accès aux services de santé mentale en temps opportun.*

Au niveau de la recherche, il existe relativement peu d'information sur l'accessibilité du système de santé par les communautés ethnoculturelles : sur la qualité des soins qu'elles reçoivent, leur satisfaction à l'égard de ces soins et les problèmes qu'elles rencontrent dans le cadre du système lui-même. Toutefois, de plus en plus d'études se penchent sur cette problématique et elles semblent confirmer que les services de santé en général sont souvent mal adaptés à la diversité culturelle de la clientèle qu'ils desservent. Elles démontrent également que les obstacles à l'accès aux services sont principalement reliés à la stigmatisation, la pauvreté, le manque d'intégration entre les services de santé mentale et les services de santé, la pénurie de professionnels du domaine de la santé mentale, les disparités régionales et la diversité culturelle<sup>64</sup>.

*-Jackson, B. Khantou, N.*

Les fournisseurs de services rencontrent plusieurs difficultés au moment de définir et d'opérationnaliser les dimensions et les concepts clés de la santé mentale elle-même<sup>65</sup> et, d'autant plus quand ils le font au niveau de l'offre de services de santé mentale. Ils doivent considérer les facteurs propres à la situation de chacun de leurs clients, ce qui incluent leurs besoins de santé, leur culture, leur langue ainsi que les normes de pratiques professionnelles. De plus, pour desservir les communautés ethnoculturelles, incluant les immigrants et réfugiés. La diversité culturelle de leurs clients demande d'adapter leurs services du mieux possible et ce, tout en respectant les balises professionnels, éthiques et légales. Leurs services de santé mentale doivent être linguistiquement et culturellement adaptés pour desservir adéquatement cette

population. Cependant, il est très difficile pour les fournisseurs de services en santé mentale d'offrir des soins de santé et des services de soutien appropriés qui sont également adaptés sur le plan culturel – c'est-à-dire qui respectent les besoins propres des différentes communautés desservies et y répondent<sup>66</sup>. Les services sont souvent conçus en fonction de modèles généraux qui ne tiennent pas compte des communautés marginalisées ou des différences culturelles dans les perspectives, cadres et définitions de la santé mentale. Cela peut faire en sorte que des organisations pratiquent une forme de discrimination non intentionnelle à l'endroit de membres de communautés immigrantes et ethnoculturelles.

La qualité de l'expérience initiale dans le système de santé sera cruciale pour les familles (immigrantes) afin de les engager dans un processus thérapeutique. Il y a plusieurs facteurs qui font que les communautés ethnoculturelles sont moins susceptibles de recevoir des soins nécessaires que la population générale, entre autres la discrimination, les attitudes stigmatisantes et la méfiance envers les principaux fournisseurs de services<sup>67</sup>. De plus, d'autres raisons telles que la honte que ressentent les familles, les différentes perceptions culturelles de la maladie mentale ainsi que les causes, font que de nombreux membres de groupes minoritaires retardent l'accès au traitement.

Les fournisseurs de services et les professionnels en santé mentale doivent s'assurer d'offrir un accès aux services de santé mentale en temps opportun. Par contre, selon les usagers c'est un problème critique auquel ils font face régulièrement<sup>68</sup>.

L'accessibilité des services est donc essentielle si on veut éviter, par un diagnostic et/ou un traitement rapide des problèmes médicaux, de laisser la santé des immigrants se détériorer<sup>69</sup>.

### **Services améliorés et plus appropriés**

Selon la Commission sur la santé mentale du Canada, cinq types de mesures sont requis pour améliorer les services en santé mentale destinés aux communautés d'immigrants et de réfugiés ainsi qu'aux groupes ethnoculturels:

*I. Changement d'orientation – mettre l'accent sur la prévention et la promotion.*

Au cours des dernières années, malgré les coûts importants des interventions curatives liées aux troubles mentaux ainsi qu'aux problèmes de santé physique qui leur sont de plus en plus associés, l'incidence des troubles mentaux n'a pas cessé d'augmenter. Pour contrer ce phénomène, et avant qu'il ne prenne l'allure d'une épidémie, les experts dans le domaine s'entendent sur la nécessité d'un investissement majeur en amont, soit en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux<sup>70</sup>.

Selon l'Unité de promotion de la santé mentale de Santé Canada, la promotion de la santé mentale a été définie comme suit : le processus consistant à accroître la capacité des individus et des collectivités de se prendre en main et d'améliorer leur santé mentale. La promotion de la santé mentale s'appuie sur des stratégies qui misent sur les environnements favorables et la résilience individuelle. Elle passe nécessairement par le respect de la culture, l'équité, la justice sociale, les interconnexions et la dignité personnelle.

La promotion de la santé mentale renvoie donc à la mise en place de conditions individuelles, sociales et environnementales qui soutiennent le développement d'une santé mentale optimale<sup>71</sup>. La prévention des troubles mentaux, pour sa part, vise à réduire l'incidence de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l'apparition des problèmes<sup>72</sup>.

La prise en compte des déterminants psychologiques et sociaux de la santé<sup>73</sup> mentale peut avoir pour effet non seulement de promouvoir la santé mentale mais aussi de prévenir certaines maladies mentales. À l'échelle individuelle, des facteurs tels que les liens relationnels solides, les compétences parentales, l'amitié et le soutien social, un emploi satisfaisant et des rôles sociaux importants, un revenu suffisant, l'activité physique et un focus de contrôle interne, renforcent la santé mentale et aident à réduire l'incidence de certains problèmes de santé mentale. Les stratégies de promotion de la santé mentale qui visent à créer des milieux de vie favorables, à renforcer l'action communautaire, à mettre en valeur les compétences personnelles et à réorienter les services de santé peuvent donner à la population une certaine emprise sur les déterminants psychologiques et sociaux de la santé mentale.

La prévention primaire<sup>74</sup> de la plupart de maladie mentale en est encore à ses balbutiements. La prévention de la maladie mentale, tant qu'à elle, implique des interventions sociales, communautaires et individuelles<sup>75</sup>. L'enseignement

de stratégies cognitivo-comportementales à un stade précoce peut prévenir l'apparition de troubles anxieux ou en réduire les effets. Étant donné la corrélation entre les antécédents de traumatismes graves (comme des agressions physiques ou sexuelles) et diverses maladies mentales (troubles dissociatifs, troubles de la personnalité, toxicomanies, état de stress post-traumatique), la prévention de ce genre de traumatismes pourrait réduire les problèmes de santé mentale.

Cette approche axée sur la promotion de la santé et prévention des maladies mentales permet d'intervenir auprès des immigrants en tenant compte des déterminants affectant leur santé mentale. Cette approche permet également d'impliquer des intervenants d'autres secteurs afin d'intervenir sur l'ensemble des déterminants en santé mentale. Elle permet d'autant plus la participation des familles des usagers dans les plans d'intervention.

Les écrits démontrent qu'une approche en promotion de la santé et en prévention s'avèrent efficaces surtout auprès des enfants et des adolescents immigrants. Les interventions faites tôt dans la vie permettent de réduire les facteurs de risque en santé mentale et prévenir des problèmes de santé mentale de plus grande importance.

### *II. Amélioration au sein des services – développer la compétence culturelle des organisations et des personnes.*

Bien que les définitions varient, on est majoritairement d'accord pour dire que la compétence culturelle étant « le niveau de compétences fondées sur des connaissances requises pour la prestation de services significatifs, coopératifs et respectueux aux clients de divers groupes marginalisés de la société »<sup>76</sup>. Les principes fondamentaux de la compétence culturelle englobent l'inclusion, la santé holistique, l'opposition à l'oppression et l'appréciation de la diversité.

L'enjeu des compétences culturelles est un enjeu fondamental d'accessibilité, de sécurité, de qualité et d'équité des services. Afin de répondre aux besoins des immigrants, des réfugiés et des membres des communautés ethnoculturelles, les fournisseurs de services de santé mentale doivent développer leurs compétences culturelles au sein de leur personnel d'intervention pour bien des raisons<sup>77</sup> :

- Pour s'adapter à l'évolution continue de la réalité démographique ontarienne;
- Pour desservir efficacement une population active diversifiée;
- Par désir d'améliorer la qualité, l'efficacité des soins et des services offerts;
- Par nécessité de remédier aux disparités sociales et de santé auxquelles sont exposées les collectivités marginalisées;
- Pour répondre aux prescriptions des lois en matière d'accommodement et d'inclusion.

Les compétences culturelles s'avèrent essentielles si on veut offrir des services de santé mentale de qualité aux usagers et ce, dans un environnement sécuritaire. Cette adaptation des services fait référence particulièrement aux services qui tiennent compte des signaux contextuels et non verbaux de la personne et qui prend aussi en considération les styles de communication, l'importance de l'autodivulgence et de l'expression des sentiments, les différences de pouvoir et de rôle, les facteurs liés au sexe et à l'âge, l'environnement physique et les diverses façons par lesquelles les gens peuvent donner ou recevoir de l'aide (Gornan, 2001).

Dans une trousse de sensibilisation développée pour le milieu scolaire par l'Agence canadienne de santé publique, on a identifié les éléments essentiels d'un service culturellement compétent<sup>78</sup> :

- L'évaluation périodique des besoins;
- Le recrutement et le maintien en poste d'un effectif de diverses origines;
- La formation du personnel ;
- Les stratégies ciblées (équipes, prises de position et normes adaptées) l'interprétation culturelle et la traduction pour les familles néo-canadiennes;
- Les partenariats stratégiques avec des groupes communautaires locaux;
- La représentation exacte des minorités raciales et des membres des Premières nations dans les matières au programme l'application égale

des politiques et procédures de l'école en matière d'intimidation, de harcèlement et de discrimination à tous les élèves;

- Et l'apprentissage du patrimoine culturel, des antécédents et des différences individuelles dans les activités parascolaires.

« Si les fournisseurs de services de santé et de services sociaux ne sont pas compétents en matière de différences culturelles, cela peut limiter l'accès à leurs clients de soins de santé optimaux. En d'autres termes, un fournisseur de soins compétents doit posséder une combinaison de compétences, de connaissances, d'attitudes et de jugement dans le but d'obtenir un résultat positif en matière de soins de santé<sup>79</sup>».

Selon Irihapeti Ramsden, infirmière et éducatrice qui a élaboré le concept LEARN, « ...la sécurité culturelle est l'objectif ultime d'un processus d'apprentissage qui commence par la sensibilisation à l'ethnie ou à la communauté du patient, et dans une pratique sécuritaire sur le plan de la culture, se poursuit par un intérêt croissant pour « la justice sociale... et le pouvoir, la discrimination et l'attitude des infirmières »<sup>80</sup>. Le modèle LEARN<sup>81</sup> est un cadre d'enseignement des compétences culturelles orienté sur l'action et axé sur ce que peuvent faire les dispensateurs de soins.

- **Écouter (Listen)** avec sympathie et comprendre la perception que le patient a d'un problème.
- **Expliquer** vos perceptions d'un problème.
- **Reconnaître (Acknowledge)** les différences et les similarités et en discuter.
- **Recommander** un traitement.
- **Négocier** une entente.

La compréhension de la culture et de la langue du client permet aux fournisseurs de services de s'assurer de la qualité de leurs services et de la sécurité de leurs clients des communautés ethnoculturelles. Ils font partie intégrante de l'évaluation clinique, expliquent certains comportements et réduisent les risques d'interprétation en fonction des valeurs de l'intervenant<sup>82</sup>. Les fournisseurs de services prennent alors en considération la confidentialité, le niveau de confort de l'utilisateur, ainsi que d'autres problèmes qui peuvent survenir<sup>83</sup>. De plus, en raison des limites linguistiques, ils devront également considérer dans certains cas à offrir des services formels d'interprétation car



plusieurs usagers peuvent se présenter avec des membres de la famille qui serviront d'interprètes. Cela peut entraîner des situations de conflits d'intérêt et limiter ce qu'un individu sera capable de révéler<sup>84</sup>».

Offrir des services qui sont linguistiquement et culturellement adaptés n'est pas seulement la responsabilité des intervenants. Pour développer une approche qui tiennent compte de la langue et de la culture, il faut également que cela soit reflété au niveau de la culture organisationnelle<sup>85</sup>; c'est-à-dire que des politiques soient mises en place pour guider la planification et la gestion de ces services tant au niveau du conseil d'administration qu'au niveau du personnel.

Le concept de la « santé mentale » variera selon les groupes culturels. Il est nécessaire d'obtenir des conseils des membres de ces groupes. Les professionnels de la santé et les établissements pour lesquels ils travaillent doivent être sensibles aux différences culturelles et adaptent leurs approches pour répondre aux besoins particuliers des patients et de leur famille<sup>86</sup>.

On doit également s'assurer que les outils et stratégies de communication, autant interne qu'externe, reflètent ses valeurs et principes. Les mécanismes et stratégies d'accueil et d'accompagnement doivent également être adaptés. Il faut aussi mettre en place une structure qui permet de s'assurer d'avoir des mécanismes ou stratégies en place mais qui incluent également un mécanisme d'évaluation sur une base continue.

L'adoption d'une démarche de soins de santé culturellement sécuritaire peut apporter de grands avantages aux bénéficiaires, aux fournisseurs et aux établissements de soins de santé. Quand la prestation de soins de santé s'effectue d'une manière culturellement appropriée, les patients réagissent mieux aux soins. Les usagers bénéficient également de l'apprentissage des compétences requises pour la prestation de soins de santé culturellement sécuritaire. L'apprentissage de ces compétences peut, entre autres, augmenter la confiance des professionnels par rapport à leurs capacités de bien répondre aux besoins des divers groupes qui font partie de la société. L'augmentation de la satisfaction professionnelle peut devenir un moyen de renforcer les taux de rétention surtout dans les régions rurales et éloignées<sup>87</sup>.



*III. Diversité accrue des traitements – assurer la diversité des prestataires et évaluer les possibilités de traitement.*

Pour assurer cette diversité dans le choix des traitements, il faut....

**Une approche multidisciplinaire** – Cette approche, qui permet la communication et la mise en commun des connaissances et habilités des intervenants provenant de différentes disciplines, repose sur le respect de chacun des membres, sachant que chaque personne possède une expertise et que la mise en commun et l'intégration des diverses connaissances permettront d'avoir une meilleure compréhension de la communauté desservie. C'est à ce moment seulement qu'on peut dire que l'intervention s'adresse au client dans sa globalité.

**Des actions intersectorielles** - Les recherches ont démontré que plusieurs facteurs jouent un rôle déterminant dans le succès des traitements et du rétablissement comme entre autres, avoir ou non accès aux études, grâce à des moyens adaptés à sa condition; avoir ou non un emploi permettant de bien gagner sa vie et de se réaliser; disposer ou non d'un logement convenable; etc. Les services offerts aux personnes vivant avec des troubles mentaux doivent de plus être intégrés pour ainsi assurer une meilleure continuité des soins et services non seulement auprès des personnes ayant un problème de santé mentale mais aussi auprès de ceux qui font face à des troubles contaminants. La « performance » du système de santé est donc tributaire de l'action efficace de nombreux acteurs autres que ceux de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi il faut interpeller ces autres acteurs en sollicitant des mécanismes de collaboration intersectorielle<sup>88</sup>. Le travail en concertation et en collaboration entre les différents acteurs interpellés par la santé mentale (réseau public, communautaire, intersectoriel, économie sociale, etc.) est gage de succès et il importe de le privilégier.

L'action intersectorielle est l'approche préconisée pour une meilleure intervention promotionnelle ethnoculturelle en santé mentale. Si elle est bien orchestrée, elle devrait permettre à chaque intervenant d'atteindre ses objectifs d'intégration et de mieux desservir sa clientèle<sup>89</sup>. En effet, on espère que l'action intersectorielle qui est la collaboration à différents niveaux (coordination, développement de stratégies, pratique) entre des gens provenant de différents milieux et de différentes formations, favoriserait l'intégration des immigrants et, par le fait même, diminuerait les situations de stress<sup>90</sup>.

**Une emphase sur la promotion de la santé et la prévention** - Promouvoir la santé mentale dans les communautés ethniques demande l'adaptation des interventions promotionnelles existantes afin de toucher aux différents aspects de la réalité humaine, et cela avec un désir de comprendre et de respecter les valeurs, le mode de vie, les comportements et les pratiques culturelles de l'autre<sup>91</sup>. L'approche en promotion de la santé inclut l'implication non seulement de l'individu comme tel mais aussi de sa famille ainsi que de la communauté.

Aussi, il ne faut pas oublier l'importance de la prévention de la maladie mentale, en raison de ses effets à long terme non seulement sur la santé et le bien-être de la population, mais aussi sur les coûts assumés par le système de santé et de services sociaux et l'ensemble de la société.

Les experts et les décideurs soulignent qu'un effort important doit être fait en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Il importe, selon eux, d'agir en amont pour prévenir l'apparition des troubles mentaux, en travaillant par exemple sur les déterminants socioéconomiques de la santé et sur les facteurs de protection. Le dépistage et les interventions précoces doivent également être renforcés, particulièrement auprès des enfants et des adolescents<sup>92</sup>.

**Être flexible – ouvert** : Du point de vue de la recherche<sup>93</sup>, tout indique la grande complexité des interactions entre l'environnement social et culturel, les facteurs associés au développement psychosocial individuel et les variables biologiques (OMS 2001). Cette complexité des problèmes en santé mentale devrait inciter à maintenir des espaces ouverts à l'expérimentation et à l'évaluation de la pratique à partir de critères et de points de vue pluriels.

Les modèles standardisés d'intervention en santé mentale<sup>94</sup> peuvent donner des résultats intéressants, mais ils sont trop souvent une source de contraintes pour les intervenants qui essayent de les adapter de façon discrète à leur réalité quotidienne, quand ils ne deviennent pas un fardeau pour les populations qu'ils prétendent aider. Par exemple, les activités d'expression créatrice constituent un outil intéressant pour travailler avec les enfants immigrants sur la construction du sens autour de leurs expériences et élaborer les enjeux liés à la multiplicité des identités ou à un vécu, de discrimination raciale.

Par exemple, dans le cas des enfants réfugiés, les activités créatrices facilitent l'élaboration des pertes multiples et des traumatismes, directs ou transmis de façon transgénérationnelle.

La pluralité d'approches peut ainsi constituer une stratégie face à la complexité des problèmes en santé mentale. Selon leur origine, les membres des communautés ethnoculturelles et les immigrants peuvent avoir des valeurs et des traditions différentes qui déterminent leur approche à l'égard de la santé. Les organismes et les professionnels de la santé doivent être à l'écoute de ces différences et faire en sorte d'adapter en conséquence les traitements, services et formes de soutien afin de les rendre plus attrayants et plus efficaces<sup>95</sup>. Pour se faire, ils doivent sortir des sentiers battus et explorer des modèles d'intervention qui tiennent compte du savoir traditionnel, des coutumes et pratiques ancestrales qui peuvent aider à traiter les problèmes mentaux et les maladies mentales et favoriser le recours aux méthodes qui ont fait leurs preuves<sup>96</sup>.

Au point de vue opérationnel, les fournisseurs de services doivent pouvoir garantir la disponibilité et l'accès à une gamme vaste et flexible de services et de soutiens communautaires efficaces, qui abordent les besoins émotionnels, sociaux, éducationnels et physiques, y compris les services traditionnels et non traditionnels ainsi que des soutiens naturels et informels. Présentement, il existe très peu d'alternatives à la médication, notamment le manque d'accessibilité à la psychothérapie dans le réseau public. Les fournisseurs de services doivent être ouverts afin d'offrir une certaine flexibilité dans la livraison de leurs services. La nécessité d'intervenir selon une approche globale, évolutive et adaptée en fonction de la nature de leur trouble et de la gravité de leur état, donc de dépasser l'étape du diagnostic pour explorer différentes méthodes de traitement<sup>97</sup>.

Les intervenants, surtout ceux de première ligne, ont un rôle important à jouer pour favoriser l'appropriation du pouvoir d'agir chez les personnes ayant des troubles mentaux. L'intervenant doit donc être attentif, voire proactif, afin de déceler des symptômes qui dépassent le motif de la consultation initiale et cela va probablement lui demander d'adapter de façon créatrice les outils d'évaluation et de diagnostique qu'il utilise.

*IV. Compétences linguistiques – améliorer les plans de communication et les mesures visant à répondre aux besoins variés du Canada.*

Les difficultés de communication qu'apporte le fait de parler une autre langue que celle généralement parlée dans le réseau de la santé, souvent de concert avec d'autres facteurs, comme les facteurs socio-culturels qui lui sont souvent associés, sont en effet généralement considérées comme pouvant avoir un impact négatif sur l'accessibilité aux services<sup>98</sup>.

La communication<sup>99</sup> est à la base des pratiques d'intervention. Les patients qui ne parlent couramment ni le français ni l'anglais, mais qui maîtrisent suffisamment une de ces langues peut permettre une communication minimale mais qui est parfois plus problématique. Les barrières linguistiques peuvent nuire à l'échange d'information entre l'utilisateur et le clinicien. La perte d'indices verbaux usuels peut perturber la façon dont ce dernier évalue les symptômes et résulter en un mauvais diagnostic<sup>100</sup>. La communication demande une approche qui demande de prendre en considération le niveau de littéracie des usagers, les styles de communication, l'importance de l'autodivulgence et de l'expression des sentiments, les différences de pouvoir et de rôle, les facteurs liés au sexe et à l'âge, l'environnement physique et les diverses façons par lesquelles les gens peuvent donner ou recevoir de l'aide.

Dans la recherche effectuée par Bowen (2001) sur les barrières linguistiques, il est mentionné que les barrières linguistiques peuvent s'avérer une menace réelle à l'accès aux services de santé mentale. Ces barrières sont d'autant plus préoccupantes que le système de santé, qui vit avec des ressources limitées, peut être dépourvu de professionnels bilingues, et qu'il peut être contraint dans sa capacité à assurer plus de temps pour les clients présentant des difficultés de communication<sup>101</sup>. On aura alors recours à des interprètes informels (ami ou membre de la famille) ou professionnels (ou encore membre d'un organisme communautaire) pour communiquer avec la personne atteinte de maladie mentale qui ne parle ni le français ni l'anglais. Par exemple, dans plusieurs cas les personnes âgées utilisent leurs enfants ou petits-enfants comme interprètes auprès des prestataires de soins de santé. Cela peut entraîner des conflits d'intérêt et limiter ce qu'un individu sera en mesure de révéler.

Dans tous les cas, cet intermédiaire apporte un élément supplémentaire de complexité dans la communication interpersonnelle, surtout pour des intervenants qui n'ont pas l'habitude de travailler avec des interprètes. Ces

services d'interprétation doivent être offerts par des interprètes qualifiés. Il serait avantageux que les interprètes soient également formés pour avoir les compétences de base en assistance psychosociale<sup>102</sup>.

*V. Expertise répondant aux besoins – assurer que des personnes et des services ayant l'expertise voulue soient présents dans les régions comptant une faible communauté d'immigrants et de réfugiés ou de groupes ethnoculturels ou racialisés afin qu'elles puissent offrir des services de qualité.*

**Besoins de soutien pour les familles** - Très souvent, les familles et les proches accompagnent et soutiennent la personne atteinte. Selon une étude menée en collaboration avec la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) en 2001-2002, 55% des personnes atteintes de maladies mentales demeuraient dans leur famille et 62% des membres de l'entourage consacraient plus de 25 heures par semaine à leur proche.

La détresse émotionnelle des familles de personnes atteintes de maladie mentale serait trois fois plus élevée que celle de la population générale. Selon cette même étude, Mal outillées, les familles et les proches de personnes atteintes de maladie mentale sont plus exposés que d'autres à vivre des drames qui auraient pu être évités<sup>103</sup>. D'ailleurs, selon une étude réalisée en 2001 auprès d'aidants naturels, 60 % de ceux-ci présentaient un niveau de détresse émotionnelle trois fois plus grand que chez la population en général<sup>104</sup>. La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada souligne d'ailleurs la nécessité de soutenir davantage les familles qui prodiguent des soins à l'un des leurs atteint d'une maladie mentale et qui favorisent ainsi son rétablissement, de les appuyer non seulement dans la prestation de soins, mais également dans le maintien de leur bien-être, dans la satisfaction de leurs propres besoins.

Les fournisseurs de services devraient inclure dans leur gamme de services le soutien aux familles des personnes atteintes de troubles mentaux, compte tenu du rôle qu'elles jouent au quotidien auprès des personnes atteintes. Ces aidants naturels devraient pouvoir bénéficier, dans leur communauté, d'un réseau offrant des services accessibles, stables, continus et de qualité pour répondre à leurs besoins, notamment en situation de crise.

« Il est évident que les communautés d'immigrants et de réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés subissent certaines pressions, dont la migration et la discrimination raciale, qui, même si elles sont courantes, ne peuvent être considérées comme des difficultés normales de la vie. Ces pressions ont des répercussions sur la santé mentale des personnes et peuvent réduire le taux de santé mentale et de bien-être au sein d'une communauté. »

**Besoins de déstigmatiser la santé mentale** - Dans un sondage d'utilisateurs, effectué pour aider à la planification des soins dans le sud-ouest de l'Ontario (Stuart, 2002), 25 % des répondants ont indiqué qu'ils se sentent stigmatisés par les professionnels de la santé. La moitié avait à un moment donné reporté leur consultation médicale par peur d'être stigmatisé et une personne sur cinq l'avait fait au cours des six mois précédents<sup>105</sup>.

On sait que les intervenants du réseau subissent eux-mêmes un stress très important. Il est donc important de développer chez eux une expertise leur permettant d'améliorer leurs interventions afin qu'elles soient culturellement et linguistiquement adaptées. Ils seront ainsi sensibilisés et mieux outillés pour lutter contre la stigmatisation dans des contextes où la pression s'exerce avec plus d'intensité quant aux décisions cliniques à prendre, par exemple dans les services d'urgence.

Chez les usagers, la perception d'une discrimination possible, que cette menace soit réelle ou non, peut les amener à ne pas chercher de réponse à leurs besoins ou même à agir de façon à faire sentir leur amertume à leur interlocuteur, ce qui a pour impact de rendre les cliniciens moins empathiques à leur égard (Smedley et al., 2003). Les intervenants devraient recevoir la formation et les outils nécessaires pour modifier les perceptions et d'agir sur les mentalités.

**Besoin d'informer**- Les **usagers** doivent être au courant de ce que à quoi ils peuvent raisonnablement s'attendre du service. Il est prouvé que les usagers sont plus enclins à suivre leurs traitements s'ils comprennent leur maladie et les moyens permettant de la soigner. En effet, la connaissance des symptômes et de l'histoire naturelle de la maladie, mais aussi des thérapies existantes, s'est révélée très positive dans l'évolution d'une pathologie. Cette approche vise plutôt à permettre à l'utilisateur de se réapproprier son pouvoir personnel vis-à-vis de sa médication et ou son traitement. Pour cela, les fournisseurs de services doivent pouvoir donner de l'information et élargir l'accès aux services, traitements et formes de soutien en diverses langues ou par l'intermédiaire d'un interprète. Une présentation claire de ce qui sera ou ne sera pas inclus dans le service peut ainsi aider à réduire les problèmes de communication et la perte de confiance. Cela peut être fait en informant l'utilisateur sur les médicaments prescrits, lui faisant prendre conscience des limites de cette prescription – compte tenu du mode de vie et de ses caractéristiques individuelles – ou en engageant le professionnel dans

un dialogue avec son patient, tout cela afin de déterminer la manière optimale de consommer ses médicaments (pour maximiser les bienfaits et minimiser les effets secondaires). Quels que soient le fournisseur consulté et le type de services demandés par les immigrants et réfugiés, ceux-ci devraient être impliqués, formés, informés, et disposés des services nécessaires afin qu'ils puissent jouer leur rôle de collaborateur et d'accompagnateur.

Le personnel de soins primaires est bien placé pour donner des conseils simples aux familles en matière de troubles mentaux et pour mener des interventions spécifiques dans le cas de certains troubles. Ils doivent connaître les ressources communautaires disponibles afin de supporter ces aidants naturels.

La **communauté** a aussi besoin d'être informée des différents types de services de santé mentale qui existent, de savoir « qui fait quoi » afin d'utiliser les services adéquats selon les symptômes de la personne. D'ailleurs, les études démontrent que l'amélioration des services de santé mentale et de soutien destinés aux immigrants, aux réfugiés et aux divers groupes ethnoculturels nécessite la participation des secteurs privé, public et à but non lucratif autant que celle des membres de ces communautés<sup>106</sup>.

Les **fournisseurs de services et les professionnels** ont aussi besoin de lieux et de temps pour s'écouter, s'expliquer, s'informer et s'appivoiser. Ils doivent ensemble prendre conscience des problèmes qu'ils rencontrent et des solutions qu'ils veulent mettre en place et réaliser qu'ils en sont tous partie prenante, de différentes manières. Il leur sera alors possible de négocier en connaissant les problèmes à résoudre, les intérêts et les logiques de chacun des interlocuteurs, les options qui peuvent être envisagées et les critères qui guideront leurs décisions. Dans ce contexte de négociation continue, les acteurs devraient pouvoir développer des solutions satisfaisantes et des projets conjoints. La solution est en quelque sorte au cœur du problème : il faut rapprocher les acteurs et leur donner du temps pour qu'ils se connaissent et travaillent ensemble sur les problèmes qui les concernent<sup>107</sup>.



---

## Modèle de livraison de services

---

Au cours des dernières années, nous avons pu constater l'émergence de modèles de services qui tiennent compte des besoins non seulement du client mais aussi de sa famille et ses proches. En voici quelques modèles et programmes qui s'adressent directement aux populations immigrantes et ethnoculturelles et qui pourraient être adaptés :

### ◆ **Modèle des soins axés sur la collaboration**<sup>108</sup>.

Tout comme son nom l'indique, ce modèle repose sur la collaboration. Avec ce modèle, le premier contact de l'individu avec la prestation de services du système de santé est fait par deux intervenants différents ou plus (professionnels de la santé, usager, famille, etc.) qui travaillent conjointement au sein d'un partenariat caractérisé par des buts ainsi qu'un intérêt commun, la reconnaissance et le respect des forces et des différences propres à chacun, une prise de décision équitable et efficace, et une communication claire et régulière

Le modèle de soins axés sur la collaboration a pour but de faciliter l'accès à une gamme complète de services (promotion de la santé mentale, prévention, diagnostique, traitement et gestion de la maladie) dispensé par le fournisseur de services le plus approprié, à l'endroit le plus adéquate. Il permet d'offrir efficacement des soins de santé de la plus haute qualité et d'utiliser rationnellement les ressources dans le but d'améliorer les résultats pour l'utilisateur.

Ce modèle permet d'impliquer toute une variété d'activités telles que des visites fréquentes d'un travailleur spécialisé en soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires, des programmes homogènes offrant des soins de santé physique et mentale, des consultations téléphoniques et l'intégration de spécialistes de la santé tels que psychiatres, psychologues, infirmières/infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, diététiste, pharmaciens, etc.

La mise en œuvre de ce modèle amène certains défis. Il faut envisager ce modèle comme une partie intégrante d'un ensemble de soins. Certains services, comme ceux destinés aux enfants, adolescents et personnes âgées, peuvent demander des ressources supplémentaires. La gestion d'une multitude de services de santé mentale ou de prestataires peut représenter un



tour de force pour les plus petites initiatives qui ont moins de ressources financières et humaines<sup>109</sup>.

#### ◆ **Modèle Expanded Chronic Care Model**<sup>110</sup>

Élaboré en Colombie-Britannique et adopté par le gouvernement du Nouveau-Brunswick, ce modèle américain est basé sur le modèle de gestion des maladies chroniques, le *Chronic Care Model de Wagner*. Il a été développé à partir du prémisses que les soins et les services résultent d'actions dans multiples domaines et impliquent la collaboration de nombreux acteurs. Ces actions doivent être guidées par les meilleures connaissances scientifiques, par les préférences des utilisateurs de services et ce, en tenant compte de leurs proches ainsi que par l'expertise et le jugement des professionnels.

Ce modèle témoigne d'une orientation dans laquelle la prestation des programmes et des services de soutien n'incombe pas exclusivement au gouvernement mais est plutôt partagée entre les fournisseurs de services officiels, les familles et amis, les communautés et les bénéficiaires. Le modèle reconnaît également les déterminants de la santé mentale auxquels tous les citoyens devraient avoir accès pour se maintenir en santé, notamment en matière de logement, d'éducation, de revenu et de travail. Pour ce faire, les clients doivent être habilités à prendre le contrôle sur leur vie et la communauté doit être mobilisée à les soutenir et les aider en ce sens. Les services de santé mentale communautaires doivent être accessibles à tous les citoyens, soit au moyen de l'aiguillage d'un médecin ou d'un autre professionnel ou en faisant la demande soi-même directement à un service de santé mentale.

#### ◆ **Réseau Ado du Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO)**<sup>111</sup>

Ce programme bilingue de promotion de la santé mentale a été créé par des jeunes à l'intention de jeunes au CHEO. Le Réseau Ado offre des services de soutien alternatifs pour les jeunes de 13 à 20 ans. Il vise à réduire les perceptions négatives entourant la santé et la maladie mentales en organisant des activités de prévention/intervention, d'éducation, de recherche et de promotion des intérêts. Des présentations sur ce sujet sont offertes, ainsi que plusieurs activités de promotion de la santé mentale. Des activités telles que le

yoga, la planche à neige et des groupes de discussion permettent aux jeunes de parler de la santé et de la maladie mentale dans un milieu de soutien confidentiel. ([Youthnet@cheo.on.ca](mailto:Youthnet@cheo.on.ca)).

◆ **Programme Aurora** <sup>112</sup>

Ce programme est offert en anglais seulement dans la région de Winnipeg. Il offre aux immigrants et aux réfugiés ainsi qu'à leur famille des services de thérapie adaptés à leur culture, axés sur les traumatismes de guerre et sur l'impact de la migration sur la famille, les relations et le rôle parental.

Les rencontres avec les clients ont lieu aux domiciles, dans des centres communautaires, dans les locaux d'autres fournisseurs de services et dans des endroits où ils se sentent en sécurité. Ce programme offre également de la flexibilité au niveau de la durée des séances. La thérapie est gratuite.

Un projet de recherche national, sous la gouverne du Social Equity and Health Research au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, a qualifié le programme Aurora de pratique prometteuse et novatrice en services de santé mentale pour les réfugiés au Canada.

◆ **Programme de soutien aux personnes au prise avec des problèmes de santé mentale par les pairs de l'Hôpital Montfort**

L'Hôpital Montfort a recours aux pairs aidants comme soutien pour les personnes avec des problèmes de santé mentale. Ce programme se destine essentiellement aux personnes en proie à des troubles de santé mentale ou de toxicomanie, tout en informant les parents et les amis des patients. La mission de ces accompagnateurs est essentiellement l'écoute et d'offrir des conseils aux patients et à leurs proches. Le soutien par les pairs peut être dispensé partout où les personnes en ont besoin : dans des organismes gérés par les pairs, dans les milieux de travail, dans les écoles ou dans les établissements de soins de santé. Ce projet est financé par le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain.

**◆ Programme de planification des congés, Sarnia ON - Services intégrés dans la communauté<sup>113</sup>**

Ce service de la section de Sarnia Lambton de l'Association canadienne pour la santé mentale assure un accès sans heurt aux services offerts dans la communauté à toute personne âgée de plus de 16 ans qui est hospitalisée à l'unité de santé mentale du centre Bluewater. Ce service amène les usagers, leur famille et d'autres personnes à élaborer un plan de réintégration dans la communauté de la personne visée pendant qu'elle est toujours hospitalisée.

Une fois que cette personne a obtenu son congé de l'hôpital, le service s'assure que ses besoins immédiats sont satisfaits et qu'elle soit dirigée avec succès vers les ressources adéquates dans la communauté. Dans l'année suivant le début du programme, on a constaté que le taux de réadmission un mois après que la personne ait obtenu son congé de l'hôpital était inférieur de 36 % et que le taux de réadmission général avait diminué de 40 %. L'un des éléments principaux assurant le succès du programme est qu'il relève directement d'un service de santé mentale qui s'occupe également du logement, de la gestion des cas et d'autres services en santé mentale dans la communauté.

**◆ Services de santé mentale offerts à distance à l'intention des familles<sup>114</sup>**

Strongest Families est un programme offert par Strongest Family Institute de la Nouvelle-Écosse. Ce programme aide les parents et les enfants de quatre régions régionales de santé de la Nouvelle-Écosse, ainsi qu'en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario, à faire face aux défis que présentent les problèmes de comportement et d'anxiété communs chez les enfants. Des accompagnateurs non professionnels, mais bien formés, travaillent avec les familles par le biais d'appels téléphoniques hebdomadaires ou de courriels en suivant les protocoles établis par des experts internationaux en santé mentale. Les accompagnateurs encouragent les familles à résoudre leurs problèmes en les aidant à acquérir les compétences requises pour composer avec les problèmes de comportement et d'anxiété légers à modérés de leurs enfants (problèmes qui peuvent être traités à l'aide de techniques éprouvées). Les familles développent des connaissances à l'aide d'un manuel et de vidéos de démonstration envoyés à leur domicile et par le soutien téléphonique offert par leur intervenant.

Des recherches menées à l'issue d'essais aléatoires avec groupe contrôle révèlent que Strongest Families donne de meilleurs résultats que les services habituels. Le taux de décrochage chez les participants du programme est inférieur à 10 % et les enfants inscrits au programme sont beaucoup moins susceptibles d'avoir une maladie diagnostiquée après 8 et 12 mois.

Ce programme sera bientôt disponible en français en Ontario (2014).

◆ **Guichet unique d'accès en santé mentale adulte**<sup>115</sup>

Ce programme vise à assurer « un passage fluide des services courants du Centre de santé et de services sociaux Jeanne Mance (Québec) vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin. Il constitue donc la porte d'entrée principale du CSSS pour l'ensemble des services de santé mentale et joue un rôle déterminant dans la hiérarchisation des services. Le guichet d'accès se situe généralement au sein de l'équipe de première ligne en santé mentale – les professionnels du guichet sont membres de cette équipe. Son rôle consiste à « évaluer les demandes de services; amorcer des protocoles d'évaluation, de soins et de traitement; amorcer le traitement autogéré; gérer la liste d'attente; repérer et dépister les conditions cliniques morbides et multimorbides; orienter la personne et sa famille vers les ressources répondant à leurs besoins ».

◆ **Orygen Youth Health : services intégrés pour les 12-25 ans**<sup>116</sup>

Les jeunes âgés de 12 à 18 ans ont des besoins psychologiques bien différents de ceux âgés de 18 à 25 ans (Birlson et Vance, 2008). De plus, les jeunes de 12 à 18 ans sont toujours sous la responsabilité de leurs parents, alors que les jeunes adultes de 18 à 25 ans sont juridiquement indépendants. Le programme offert par Headspace vise à promouvoir et à soutenir des interventions précoces aux jeunes adultes ayant des troubles mentaux ou des problèmes d'abus de substance. L'intervention précoce est basée sur la prémisse que la prévention réduit les risques d'émergence de la maladie et de la chronicité.

Des services multidisciplinaires sont offerts dans un environnement très accessible et adapté aux jeunes. Les services de soins primaires sont intégrés aux services de santé mentale, aux services pour abus de substance et à certains services sociaux liés au rétablissement. Des services en ligne sont

également offerts aux jeunes. De plus, des campagnes de sensibilisation sont menées dans les communautés pour accroître les demandes d'aide de la part des jeunes et pour développer la capacité des familles et des prestataires de soins à reconnaître les premiers signes d'un trouble mental. Enfin, le programme Headspace est épaulé par des services plus spécialisés qui s'adressent à des jeunes nécessitant des traitements plus intensifs et plus spécialisés. Ces services sont offerts par une organisation consacrée à la santé mentale des jeunes, Orygen Youth Service.

◆ **Projet *Community Navigation and Access (CNAP)***<sup>117</sup>

Le CNAP est un réseau d'une trentaine d'agences de soutien communautaire qui collaborent ensemble à améliorer l'accès et la coordination des services de soutien pour les aînés. Ce projet est un exemple de l'intégration des francophones dans un service de soins en santé mentale. Ils ont un travailleur social qui peut répondre aux demandes de services des aînés afin qu'ils puissent rester à leur domicile le plus longtemps possible. Les services sont coordonnés afin de s'assurer qu'ils continueront d'avoir accès à des services en français. Ils sont aiguillés vers des ressources appropriées et des services qui répondent à leurs besoins et ce, tout en tenant compte de la langue et de la culture des clients de façon à permettre une transition progressive des soins dans les milieux communautaires en français.

◆ **Programme de promotion de la santé mentale en milieu scolaire en Ontario**

Les programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire s'inscrivent dans l'approche École en santé. Ce programme préconise d'emblée de soutenir le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes, de créer des environnements favorables (sains, stimulants et sécuritaires) et d'instaurer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté. En effet, les programmes qui utilisent de multiples stratégies telles qu'une intervention éducative en classe, des actions pour modifier l'environnement scolaire et susciter l'engagement des parents et de la communauté démontrent plus d'efficacité que ceux qui sont axés sur les individus ou centrés sur un curriculum de santé mentale. Une exception à cette règle : l'estime de soi. Selon certains chercheurs, les programmes qui visent

particulièrement la promotion de l'estime de soi montreraient de meilleurs résultats que ceux où l'estime de soi est visée parmi d'autres composantes.

Cette approche permet de développer les habiletés personnelles et sociales des jeunes, compte tenu de leur effet protecteur pour leur santé mentale, notamment en situation d'adversité. Les enfants et les jeunes pourraient particulièrement profiter de ces mesures de promotion de la santé mentale car elles permettent d'agir en complémentarité avec d'autres mesures de prévention et agir proactivement sur les déterminants sociaux.

### **Approche interministérielle pour la prestation de services de traitement des dépendances et de santé mentale et pour la promotion du mieux-être<sup>118</sup>**

Au cœur d'un changement d'approche du gouvernement du Nouveau-Brunswick se trouve une collaboration entre de multiples secteurs, collectivités et groupes dans la planification et la mise en œuvre d'approches fondées sur les déterminants. La collaboration a eu lieu entre autres avec des fournisseurs de services des ministères de la Sécurité publique, de la Santé et du Développement social pour créer un plan collectif qui tient compte des diverses façons d'assurer la prestation de services. Cette initiative comprenait également une stratégie d'engagement qui facilitait la création de liens entre les fournisseurs de services et des groupes particuliers comme les jeunes, les Premières Nations et la clientèle en santé mentale. Voici les principaux points de cette stratégie d'engagement :

- cerner les forces et les capacités des collectivités, et augmenter leur niveau de préparation;
- favoriser l'engagement des jeunes et la mobilisation communautaire;
- lancer le mouvement et communiquer les plans d'action aux collectivités pour mieux planifier et obtenir leur soutien;
- veiller à ce qu'un échange de connaissances ait lieu et garantir la pérennité de ces connaissances en élaborant des ressources et des outils;
- soutenir les services assurés par la collectivité afin de compléter le système de santé mentale officiel et d'améliorer l'inclusion sociale.

## Pratiques exemplaires

Une pratique exemplaire représente le moyen d'atteindre le meilleur résultat possible pour les patients en se fondant sur des jugements tenant compte des besoins du patient, de l'expérience clinique et des meilleures données disponibles. De plus, les pratiques exemplaires sont en constante évolution. Dans un domaine qui se transforme sans cesse comme la santé mentale, de nouvelles découvertes et de nouveaux avancements apparaissent tous les jours et ont une influence sur la pratique.

Dans la littérature nous retrouvons peu de recherches qui ont permis d'identifier les meilleures pratiques dans la livraison des services de santé mentale pour les immigrants et les communautés ethnoculturelles, et encore moins pour les immigrants et communautés ethnoculturelles francophones.

Cependant, nous avons pu constater que nous retrouvons dans les programmes de santé mentale pour immigrants certains éléments communs:

### ◆ Impliquer les immigrants et les communautés ethnoculturelles dans la planification des services

Le concept de la « santé mentale » varie selon les groupes culturels et c'est donc pourquoi il est nécessaire d'obtenir des conseils des membres de ces groupes. La participation des communautés d'immigrants, de réfugiés et des groupes ethnoculturels au processus de planification favorisera la mise en place de services plus appropriés et permettra d'établir des liens avec les services dans la communauté, de réduire les chevauchements et d'accroître la diversité. Ce processus de planification devra également comporter un volet de mobilisation de la communauté et d'échange des connaissances qui permettrait de développer la capacité et les réseaux et d'améliorer la connaissance des services et l'accès aux soins<sup>119</sup>.

Si les preuves empiriques sont limitées, il ressort cependant de la plupart des travaux de recherche que le renforcement des ressources communautaires et la valorisation des capacités des collectivités à s'attaquer aux problèmes de santé mentale sont des stratégies très prometteuses.

Wong et coll. réaffirment l'effet transformateur potentiel de l'engagement communautaire. Ils identifient l'autonomisation et le renforcement des capacités des collectivités (au moyen de la formation en leadership entre pairs et relations communautaires) comme étant essentiels à la création d'un programme durable de promotion de la santé mentale.

#### ◆ Avoir une approche interdisciplinaire et intersectorielle

La meilleure pratique est favorisée par la participation d'une équipe multidisciplinaire au sein de laquelle les membres ont tous des tâches et des fonctions propres. L'action intersectorielle est l'approche préconisée pour une meilleure intervention promotionnelle ethnoculturelle en santé mentale. En effet, on espère que l'action intersectorielle qui est la collaboration à différents niveaux (coordination, développement de stratégies, pratique) entre des gens provenant de différents milieux et de différentes formations, favoriserait l'intégration des immigrants et, par le fait même, diminuerait les situations de stress<sup>120</sup>.

L'approche multidisciplinaire, qui permet la communication et la mise en commun des connaissances et habilités des intervenants provenant de différentes disciplines, repose sur le respect de chacun des membres, sachant que chaque personne possède une expertise et que la mise en commun et l'intégration des diverses connaissances permettront d'avoir une meilleure compréhension de la communauté desservie. C'est à ce moment seulement qu'on peut dire que l'intervention s'adresse au client dans sa globalité. Une action intersectorielle bien orchestrée devrait permettre à chaque intervenant d'atteindre ses objectifs d'intégration et de mieux desservir sa clientèle.

Les interventions intersectorielles se développent de plus en plus. En santé mentale, il existe peu de modèles d'intervention ethnoculturelle résultant de l'action intersectorielle. Par contre, les exemples sont assez fréquents en intervention thérapeutique. Plusieurs centres de jour et organismes pour personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont le résultat d'une action intersectorielle.

Par ailleurs, de plus en plus d'efforts sont déployés pour mettre en commun les expertises différentes en ethnoculturel. L'intervention de la Clinique psychiatrique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon (Québec) est un bel exemple d'action intersectorielle. Cette pratique est le résultat de la collaboration entre les réseaux institutionnel et communautaire. L'évaluation



psychosociale dans cette clinique est réalisée en tenant compte des valeurs culturelles et de la spiritualité de la personne<sup>121</sup>.

#### ◆ Adapter les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents

Ces services ont souvent été mis sur pied comme une annexe des services aux adultes. Cependant, les besoins de cette population sont uniques et exigent des habiletés spécialisées pour poser un diagnostic et effectuer un traitement correctement. Il est essentiel de consulter les usagers et les communautés de cette population (ethnoculturelle) pour déterminer si les approches potentielles sont culturellement appropriées et pertinentes ainsi que pour aider à fournir le soutien linguistique appropriées<sup>122</sup>.

Il faut favoriser la participation des jeunes aux décisions relatives aux soins et à la conception du programme. Cela peut comprendre l'intégration des jeunes aux choix du traitement, des examens et des médicaments ainsi qu'aux décisions quant à l'endroit et au type de soins. Cela comprend également la participation des jeunes à la création, à la modification et à la conception des programmes de traitement et de soutien par les pairs. Il est essentiel à la réduction générale de l'aliénation de bâtir la capacité individuelle et collective des jeunes.

Le soutien et l'aide par les pairs favorisent le maintien du soutien social, de la progression par l'entremise d'étapes de développement et la réduction des stigmates. Cela aide également à développer la capacité des jeunes rétablis par la prestation d'aide par les pairs. Il faut aussi éviter les traumatismes du traitement associés au premier diagnostic et à l'hospitalisation. Cela insiste sur la préférence des soins psychosociaux à la maison ou dans la collectivité et souligne les aspects des interactions avec les agences comme la police ou le personnel d'urgence qui peuvent être traumatisantes.

En adoptant une approche basée sur les déterminants sociaux de la santé, particulièrement le sexe, l'éducation et les réseaux d'appui social, cela nécessite l'application d'une lentille de genre à tous les aspects de la planification et du traitement pour le jeune transitoire afin de refléter les différences de sexe. Cela nécessite également l'élaboration d'éléments adéquats de programme pour gérer correctement les objectifs éducatifs et l'établissement de soutiens sociaux à la jeunesse transitoire. Cela

comprendrait des programmes ainsi que du soutien par les pairs en ce qui concerne la normalisation des questions et des problèmes d'identité sexuelle, ainsi que la prestation de programmes de soutien par les pairs pour les jeunes.

#### ◆ **Mettre l'accent sur la prévention et la promotion**

Il existe maintenant un consensus selon lequel la santé mentale d'une population est non seulement essentielle à sa santé globale, mais aussi à son développement économique, social et humain. Toutefois, au cours des dernières années, malgré les coûts importants des interventions curatives liées aux troubles mentaux ainsi qu'aux problèmes de santé physique qui leur sont de plus en plus associés, l'incidence des troubles mentaux n'a cessé d'augmenter. Pour contrer ce phénomène, avant qu'il ne prenne l'allure d'une épidémie, les experts dans le domaine s'entendent sur la nécessité d'un investissement majeur en amont, soit en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux<sup>123</sup>.

La promotion de la santé mentale réfère aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités. Elle cible l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celles des individus. La promotion de la santé mentale renvoie donc à la mise en place de conditions individuelles, sociales et environnementales qui soutiennent le développement d'une santé mentale optimale. Elle peut aussi bien cibler les personnes atteintes de troubles mentaux que celles dont la santé mentale n'est pas menacée.

Elle permet de se concentrer sur le mieux-être et le développement des capacités en adoptant une approche «de bien-être » au lieu d'une approche « de la maladie», de se concentrer sur les forces, les habiletés de même que sur les aptitudes.

#### ◆ **Offrir des interventions linguistiquement et culturellement adaptées**

Une méconnaissance de la langue et de la culture du client dans une relation soignant-soigné peut très vite mener à des malentendus qui provoqueront, entre autres, un manque de confiance, une rupture de suivi, une inobservance thérapeutique de la part des patients ainsi qu'un sentiment de frustration et d'incompréhension de la part du personnel soignant. Avec une présence de

plus en plus importante d'immigrants francophones, les fournisseurs de services de santé mentale et les professionnels doivent donc tenir compte de la variable linguistique et culturelle de leurs clients issus de l'immigration et des communautés ethnoculturelles francophones. En offrant des services de santé qui adoptent une approche qui tient compte des compétences culturelles cela amène de nombreux avantages, notamment l'amélioration de l'accès aux groupes sous-desservis, l'amélioration de la qualité de service, une plus grande satisfaction des services reçus par le client, et réduit les inéquités de la santé.

## Annexe I - Glossaire

---

**Compétences culturelles** - Niveau de compétences fondées sur des connaissances requises pour la prestation de services significatifs, coopératifs et respectueux aux clients de divers groupes marginalisés de la société ». Les principes fondamentaux de la compétence culturelle englobent l'inclusivité, la santé holistique, l'opposition à l'oppression et l'appréciation de la diversité.

**Déterminants de la santé** – Facteurs de la vie quotidienne et de l'environnement de travail d'une personne qui peuvent affecter sa santé : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, le degré de scolarité et d'alphabétisation, l'emploi et les conditions de travail, les milieux sociaux, les milieux physiques, les pratiques personnelles relatives à la santé et les habiletés d'adaptation, le développement sain de l'enfant, les services de santé, le sexe et la culture.

**Immigrant** – Selon la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR) du Canada (2002), c'est une personne qui décide de leur propre chef de quitter leur pays pour s'installer de façon permanente dans un autre pays. Au Canada, un immigrant est une personne qui a choisi de s'y installer et qui a obtenu le statut de résident permanent.

**Maladie mentale** - Par maladie mentale, on désigne un ensemble de problèmes affectant ce qu'on appelle l'esprit. En fait, il s'agit de manifestations d'un dysfonctionnement psychologique et souvent biologique. Ces perturbations provoquent différentes sensations de malaises, des bouleversements émotionnels et/ou intellectuels, de même que des difficultés de comportement.

**Minorité visible** - Groupe de minorité visible auquel appartient le répondant. La Loi sur l'équité en matière d'emploi définit les minorités visibles comme suit : « personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

**Pratique prometteuse/pratique exemplaire/meilleure pratique** : Une pratique exemplaire représente le moyen d'atteindre le meilleur résultat possible pour les patients en se fondant sur des jugements tenant compte des besoins du patient, de l'expérience clinique et des meilleures données disponibles.

**Prévention** – Intervention axée sur les facteurs de risque de maladies spécifiques dans le but de prévenir la première apparition de la maladie, de freiner ou de retarder une maladie diagnostiquée et ses effets, ou de réduire les risques de rechutes.

**Programme** -Ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie.

**Promotion de la santé mentale** – La promotion de la santé mentale passe par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. Il existe ainsi un large éventail de mesures visant à augmenter la probabilité de voir plus de gens jouir d'une bonne santé mentale. (Organisation mondiale de la santé)

**Réfugié** - Selon la Convention, c'est une personne qui se trouve hors de leur pays de citoyenneté ou de résidence habituelle et qui craint avec raison d'être persécutée à cause de leur race, de leur religion, de leur opinion politique, de leur nationalité ou de leur appartenance à un certain groupe social.

**Soins et services de 1<sup>re</sup> ligne** - Soins et services offerts dans la communauté soit : domicile, organismes communautaires, résidences privées, ressources intermédiaires et ressources de type familial, cliniques médicales, pharmacies communautaires, loisirs, etc.

**Soins de santé mentale primaires** – Services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte de soins de santé primaires.

## Annexe II – Bibliographie

---

- <sup>1</sup> Santé Canada. « Rapport sur les maladies mentales au Canada ». En-ligne : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men\\_ill\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f.pdf)
- <sup>2</sup> Lesage AD, Goering P, Lin E. Family physicians and the mental health system. Report from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Médecin de famille canadien* 1997;43:251-6.
- <sup>3</sup> Shepeel.fgi. « Gérer la stigmatisation ». En-ligne: <http://www.shepellfgi.com/managingstigma/article.aspx?aid=55&lang=2>
- <sup>4</sup> Shepeel.fgi. « La stigmatisation ethnique et culturelle et la santé mentale ». En-ligne: <http://www.shepellfgi.com/managingstigma/article.aspx?aid=54&lang=2>
- <sup>5</sup> Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, «Établissement des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethnoculturelles », En-ligne : [http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR\\_Companiontoolkitforruralandisolated.pdf](http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR_Companiontoolkitforruralandisolated.pdf),
- <sup>6</sup> Association canadienne de la santé mentale, « Guide des relations interculturelles en santé mentales ». En-ligne : [http://acsmmontreal.qc.ca/wp-content/uploads/2013/02/Extrait\\_Guide\\_Relations\\_Interculturelles-sante-mentale.pdf](http://acsmmontreal.qc.ca/wp-content/uploads/2013/02/Extrait_Guide_Relations_Interculturelles-sante-mentale.pdf)
- <sup>7</sup> Citoyenneté et Immigration Canada. « Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Observations tirées de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada ». En-ligne : <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/recherche-stats/sante-mentale.pdf>
- <sup>8</sup> Statistique Canada. « Communiqué – Le Canada a continué à accueillir un grand nombre d'immigrants en 2011 ». En-ligne : <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/communiqués/2012/2012-03-02a.asp>
- <sup>9</sup> Cardinal, Lise et coll. « La population immigrante francophone de l'Ontario : Un profil statistique ». En-ligne : [http://sciencessociales.uottawa.ca/crftp/pdf/IMMIGRANTS\\_AVR2007.pdf](http://sciencessociales.uottawa.ca/crftp/pdf/IMMIGRANTS_AVR2007.pdf)
- <sup>10</sup> Statistiques Canada. « Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada ». En-ligne : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf>
- <sup>11</sup> RLISS du Centre-Toronto. « Agissons ensemble: Notre collectivité, votre santé ». En-ligne : [http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/News\\_Room/testnewsrelease/2011%202012%20Report%20to%20the%20Community%20French\(1\).pdf](http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/News_Room/testnewsrelease/2011%202012%20Report%20to%20the%20Community%20French(1).pdf)
- <sup>12</sup> Fondation Trillium de l'Ontario. « Profil de la communauté francophone de Toronto, 2010 ». En-ligne : [http://www.acfo-toronto.com/uploads/7/0/3/6/7036590/toronto\\_francophone\\_fr.pdf](http://www.acfo-toronto.com/uploads/7/0/3/6/7036590/toronto_francophone_fr.pdf)
- <sup>13</sup> Ibid.
- <sup>14</sup> Toronto Central Local Health Intergration Network. « French Language Services in Toronto Central LHIN : Environmental Scan and Future Directions». En-ligne: [http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Report\\_and\\_Publications/FLS%20env.%20scan%20-%20FINAL.pdf](http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Report_and_Publications/FLS%20env.%20scan%20-%20FINAL.pdf)

<sup>15</sup> Ngouem, Alain Claude. « Immigration francophone en Ontario et nouveaux enjeux sociodémographiques ». En-ligne : <http://crefo.oise.utoronto.ca/UserFiles/File/Conferences/Communication-Conf-CREFO-Ngouem-31-Mars-2011.pdf>

<sup>16</sup> RLISS Mississauga Halton. « Travaillez en partenariat vers un avenir meilleur ». En-ligne: [www.mississaugahaltonhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Integrated\\_Health\\_Service\\_Plan/FRENCH - MH LHM 2013-2016 IHSP APPENDICES-Formatted Feb 6 2013 \(2\).pdf](http://www.mississaugahaltonhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/FRENCH - MH LHM 2013-2016 IHSP APPENDICES-Formatted Feb 6 2013 (2).pdf)

<sup>17</sup> Allaire, G. « Profil sociodémographique de la population francophone du Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga-Halton ». En-ligne: [http://www.mississaugahaltonhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Report\\_and\\_Publications/Rapport%20final%20Mississauga-Halton-Profil.pdf](http://www.mississaugahaltonhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Report_and_Publications/Rapport%20final%20Mississauga-Halton-Profil.pdf)

<sup>18</sup> Réseau local d'intégration des services de santé du Centre Ouest. « Portrait de la santé de la population : RLISS du Centre-Ouest ». En-ligne : [http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/providersf/informationf/profilesf/profile\\_centralwestf.pdf](http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/providersf/informationf/profilesf/profile_centralwestf.pdf)

<sup>19</sup> Réseau local d'intégration des services de santé Centre Ouest. « Plein feux sur le RLISS ». En-ligne : [http://www.centralwestlhin.on.ca/Page\\_v2.aspx?id=3634&ekmense=e2f22c9a\\_266\\_428\\_btnlink#Population](http://www.centralwestlhin.on.ca/Page_v2.aspx?id=3634&ekmense=e2f22c9a_266_428_btnlink#Population)

<sup>20</sup> Bernhard, J. Hyman I. et Tate E. « Meeting the Needs of Immigrants Throughout the Lifecycle ». En-ligne: <http://www.peelregion.ca/social-services/pdfs/discussion-paper-2.pdf>

<sup>21</sup> Fondation Trillium de l'Ontario. « Le vieillissement de la population ontarienne : Défis et possibilités. En-ligne : [http://www.otf.ca/fr/knowledgeSharingCentre/resources/aging\\_population\\_FR.pdf](http://www.otf.ca/fr/knowledgeSharingCentre/resources/aging_population_FR.pdf)

<sup>22</sup> Gouvernement du Canada. « Les aînés des communautés ethnoculturelles ». En-ligne : [http://www.habiter-autrement.org/28\\_Homes/contributions-28/Aines-en-marge-Les-aines-des-minorites.pdf](http://www.habiter-autrement.org/28_Homes/contributions-28/Aines-en-marge-Les-aines-des-minorites.pdf)

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Statistiques Canada. « Un portrait des aînés au Canada ». En-ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/2006001/4122094-fra.htm>

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Fondation Trillium de l'Ontario. « Le vieillissement de la population ontarienne : Défis et possibilités. En-ligne : [http://www.otf.ca/fr/knowledgeSharingCentre/resources/aging\\_population\\_FR.pdf](http://www.otf.ca/fr/knowledgeSharingCentre/resources/aging_population_FR.pdf)

<sup>27</sup> Métropolis. « La nouvelle étude sur les enfants et les jeunes canadiens ». En-ligne : [http://canada.metropolis.net/pdfs/CI\\_article\\_f.pdf](http://canada.metropolis.net/pdfs/CI_article_f.pdf)

<sup>28</sup> Commission sur la santé mentale du Canada. « Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés – Enjeux et options pour l'amélioration des services ». En-ligne : [file:///C:/Users/Owner/Downloads/Diversity\\_Issues\\_Options\\_Report\\_Summary\\_FRE\\_0%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/Owner/Downloads/Diversity_Issues_Options_Report_Summary_FRE_0%20(9).pdf)

<sup>29</sup> Métropolis. « La nouvelle étude sur les enfants et les jeunes canadiens ». En-ligne : [http://canada.metropolis.net/pdfs/CI\\_article\\_f.pdf](http://canada.metropolis.net/pdfs/CI_article_f.pdf)

<sup>30</sup> Commission de la santé mentale du Canada. « Evergreen : Document en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada ». En-ligne : [file:///C:/Users/Owner/Downloads/CY\\_Evergreen\\_Framework\\_FRE.pdf](file:///C:/Users/Owner/Downloads/CY_Evergreen_Framework_FRE.pdf)

<sup>31</sup>Nadeau, L. et Measham, T. « Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers ». En-ligne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542908/>

<sup>32</sup> BC Partners for mental health and addictions information. « Différences culturelles et problèmes de santé mentale et de dépendances ». En-ligne : [http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/images/french\\_crosscultural.pdf](http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/images/french_crosscultural.pdf)

<sup>33</sup> Khanlou, N. Beiser, M. Cole et al. « Promotion de la santé mentale des jeunes immigrantes : Expériences et estime de soi post-migratoires ». En-ligne : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/SW21-93-2002F.pdf>

<sup>34</sup> Baker, C. « L'identité et la prestation de services par les institutions représentatives ». En-ligne : [http://canada.metropolis.net/events/ethnocultural/publications/baker\\_f.pdf](http://canada.metropolis.net/events/ethnocultural/publications/baker_f.pdf)

<sup>35</sup> Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. « Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethnoculturelles ». En-ligne : [http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR\\_Companiontoolkitforruralandisolated.pdf](http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR_Companiontoolkitforruralandisolated.pdf)

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Ibid. 34

<sup>38</sup> Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes. « Santé mentale ». En-ligne : <http://www.lasourcesantedesfemmes.ca/topics.aspx?catid=2&rt=6>

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Malgorzata Miskurka, MSc. et al. « Contributions of Immigration to Depressive Symptoms Among Pregnant Women in Canada ». *Can J Public Health* 2010;101(5):358-64. En-ligne : <file:///C:/Users/radmin/Downloads/2062-5390-1-PB.pdf>

<sup>41</sup> Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé de femmes. « L'accès équitable aux soins et à l'information sur la santé et la prévention des maladies chez les immigrantes récemment arrivées et vivant en Nouvelle-Écosse ». En-ligne : [http://www.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/ace-women-health/MTWH/ACEWH\\_mtw\\_14\\_fr\\_acces\\_equitable\\_immigrantes\\_NS.pdf](http://www.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/ace-women-health/MTWH/ACEWH_mtw_14_fr_acces_equitable_immigrantes_NS.pdf)

<sup>42</sup> À babord ! « Le défi de l'immigration féminine africaine ». En-ligne : <http://www.ababord.org/spip.php?article1134>

<sup>43</sup> Ibid. 35

<sup>44</sup> Santé Canada. « Immigrant and Health ». En-ligne: <http://courseweb.edteched.uottawa.ca/pop8910/Notes/Immigrant%20health%20in%20Canada.pdf>

<sup>45</sup> Office régional de la santé de Winnipeg, « Immigrants—Populations of Special Interest », *Community Health Assessment Report 2004, volume II : Population Health Profiles*, Winnipeg, l'Office, 2004. Sur Internet : [www.wrha.mb.ca/research/cha2004/vol2\\_profiles\\_subsets.php](http://www.wrha.mb.ca/research/cha2004/vol2_profiles_subsets.php).

<sup>46</sup> Pumariega, A.J., Rothe, E., & Pumariega, J.B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41(5), 581-597.

<sup>47</sup> Wattres C. «Emerging paradigms in the mental health care of refugees». En-ligne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11327142>



- <sup>48</sup> Lebrun, L. « Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada ». En-ligne : <http://www.questia.com/read/1G1-302114694/acces-aux-services-de-sante-parmi-les-immigrants-au>
- <sup>49</sup> Hyman, I. Centre for Research in Women's Health. « Immigration and Health ». En-ligne: <http://courseweb.edteched.uottawa.ca/pop8910/Notes/Immigrant%20health%20in%20Canada.pdf>
- <sup>50</sup> Qualaxia. « Approche multidimensionnelle en santé mentale » En-ligne: <http://www.blogue.qualaxia.org/2014/01/30/approche-multidimensionnelle-en-sante-mentale/>
- <sup>51</sup> Santé Canada. « Immigrant and Health ». En-ligne: <http://courseweb.edteched.uottawa.ca/pop8910/Notes/Immigrant%20health%20in%20Canada.pdf>
- <sup>52</sup> Nadeau, L. et Measham, T. « Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers ». En-ligne: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542908/>
- <sup>53</sup> Vissandjée, B, Bates, K. Vialla, F. Kuntz, J. Alterstice – Revue internationale de la recherche interculturelle, vol. 3, n°1. « Expérience d'immigration et droit à la santé, à des soins et à des services de qualité : une question de justice sociale ». En-ligne : <file:///C:/Users/Owner/Downloads/146-902-2-PB.pdf>
- <sup>54</sup> Commission sur la santé mentale du Canada. « Résumé du rapport du Groupe de travail sur la diversité: Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés – Enjeux et options pour l'amélioration des services ». En-ligne: [Diversity\\_Issues\\_Options\\_Report\\_Summary\\_FRE\\_0%20\(1\).pdf](Diversity_Issues_Options_Report_Summary_FRE_0%20(1).pdf)
- <sup>55</sup> K. Pottie, E. Ng, D. Spitzer et al., « Language proficiency, gender and self-reported health: An analysis of the first two waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada », Canadian Journal of Public Health, 99(6), 2008, p. 505-510.
- <sup>56</sup> Ibid.
- <sup>57</sup> Réseau local d'intégration des soins de santé. « Plan pour transformer les soins de santé locaux pour toute la population ». En-ligne : [http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Integrated\\_Health\\_Service\\_Plan/TCLHIN-IHSP-ExecSum-FULL-FRE-D.pdf](http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/TCLHIN-IHSP-ExecSum-FULL-FRE-D.pdf)
- <sup>58</sup> Commission ontarienne des droits de la personne. « Politique sur la suppression des obstacles liés à l'« expérience canadienne ». En-ligne : <http://www.ohrc.on.ca/fr>
- <sup>59</sup> BC Partners for mental health and addictions information. « Différences culturelles et problèmes de santé mentale et de dépendances ». En-ligne : [http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/images/french\\_crosscultural.pdf](http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/images/french_crosscultural.pdf)
- <sup>60</sup> Ibid. 4
- <sup>61</sup> Ibid. 35
- <sup>62</sup> Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2003.) Building Bridges Breaking Barriers (BBBB) Access Project. Toronto. Ontario.
- <sup>63</sup> Ibid. 49

- <sup>64</sup> Association canadienne pour la santé mentale. « Accès aux services ». En-ligne: [http://www.cmha.ca/fr/public\\_policy/acces-aux-services/#.U1fxS\\_IdXZg](http://www.cmha.ca/fr/public_policy/acces-aux-services/#.U1fxS_IdXZg)
- <sup>65</sup> Jackson B. Khantou, N. « La santé mentale des immigrants au Canada: Une introduction ». En-ligne: [file:///C:/Users/Owner/Downloads/CanadianIssues\\_immigrant-mental-health\\_pdf%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Owner/Downloads/CanadianIssues_immigrant-mental-health_pdf%20(4).pdf)
- <sup>66</sup> Commission ontarienne des droits de la personne. « Maladie mentale, dépendances et motifs intersectants du Code » En-ligne : <file:///C:/Users/Owner/Downloads/146-902-2-PB.pdf>
- <sup>67</sup> Bowen, S. (2000). Language Barriers in Access to Health Care. Health Canada
- <sup>68</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale. « Accès aux services ». En-ligne: [http://www.cmha.ca/fr/public\\_policy/acces-aux-services/#.Uy75H\\_IdWv1](http://www.cmha.ca/fr/public_policy/acces-aux-services/#.Uy75H_IdWv1)
- <sup>69</sup> Lebrun, L. « Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada » En-ligne : [http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/canadian\\_ethnic\\_studies/v041/41.3.lebrun.pdf](http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/canadian_ethnic_studies/v041/41.3.lebrun.pdf)
- <sup>70</sup> Institut national de santé publique du Québec « Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux ». En-ligne : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789\\_Avis\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf)
- <sup>71</sup> Hosman et Jané-Llopis, 1999 cité dans World Health Organization, 2004a.
- <sup>72</sup> Blanchet et coll., 1993a; World Health Organization, 2004a
- <sup>73</sup> Agence de la santé publique du Canada. « Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006 ». En-ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/5-fra.php>
- <sup>74</sup> Ibid.
- <sup>75</sup> Ibid. 73
- <sup>76</sup> Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario. « Embracing cultural competence in the mental health and addiction system ». En-ligne: [www.ofcmhap.on.ca](http://www.ofcmhap.on.ca)
- <sup>77</sup> Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (Rifssso). « Les compétences culturelles chez les intervenants ». En-ligne: <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2008/05/COMPETENCES-CULTURELLES-FINAL.pdf>
- <sup>78</sup> Agence canadienne de santé publique. « Trousse d'évaluation de l'intimidation, du harcèlement, des relations entre enfants du même âge du milieu scolaire ». En-ligne : <http://www.cpha.ca/fr/activities/safe-schools/culture.aspx>
- <sup>79</sup> Ibid. 67
- <sup>80</sup> Ramsden IM. 2002. Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu. Thesis: Victoria University, Wellington, New Zealand. - See more at: <http://www.enfantsneocanadiens.ca/culture/competence#sthash.gl90uQTA.dpuf>
- <sup>81</sup> Société canadienne de pédiatrie. « Les compétences culturelles pour les professionnels de la santé des enfants et des adolescents » En-ligne: <http://www.enfantsneocanadiens.ca/culture/competence#sthash.gl90uQTA.dpuf>
- <sup>82</sup> Centre de santé et de services sociaux de la Montagne. « L'approche des services à la diversité culturelle ». En-ligne : [http://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss\\_dlm/Publications/guide\\_diversite\\_culturelle.pdf](http://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/guide_diversite_culturelle.pdf)

<sup>83</sup> Ibid. 35

<sup>84</sup> Ibid. 79

<sup>85</sup> Réseau régional de langue française de Meilleur départ du Nord-Est de l'Ontario. « Cadre référentiel de compétences linguistiques et culturelles ». En-ligne : [www.entitesante2.ca/wp.../05/Cadre-Référentiel1.pdf](http://www.entitesante2.ca/wp-content/uploads/2013/10/Cadre-Référentiel1.pdf)

<sup>86</sup> Yehieli M, Grey MA (2005). « Health matters. A pocket guide for working with diverse cultures and underserved populations. » Boston, MA: Intercultural Press.

<sup>87</sup> Organisation nationale pour la santé des autochtones. « Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé ». En-ligne : <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/culturalCompetency2.pdf>

<sup>88</sup> Gouvernement du Québec. « Rapport d'évaluation de la performance du système de santé et de ses services sociaux 2012 : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. ». En-ligne : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_Rapport\\_Appreciation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf)

<sup>89</sup> Association canadienne pour la santé mentale, Montréal. « L'action intersectorielle pour une approche en santé mentale des immigrants ». En-ligne : <http://acsmmontreal.qc.ca/laction-intersectorielle-pour-une-approche-en-sante-mentale-des-immigrants/>

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>91</sup> Ibid. 89

<sup>92</sup> Ibid. 88

<sup>93</sup> Rodriguez, L. Bourgois, L. Landry, Y. Guay, L. et Pinard, J.L. (2006). « Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté ». En-ligne : [http://books.google.ca/books?id=6W6v4xthGKUC&pg=PA146&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false](http://books.google.ca/books?id=6W6v4xthGKUC&pg=PA146&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false)

<sup>94</sup> Rousseau, C. (2013). Le développement de programmes de prévention pour les enfants immigrants et réfugiés: douter de l'évidence. *Alterstice*, 3(1), 61-66.

<sup>95</sup> Commission de la santé mentale du Canada. « Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada ». En-ligne : [file:///C:/Users/Owner/Downloads/MHStrategy\\_StrategyText\\_FRE.pdf](file:///C:/Users/Owner/Downloads/MHStrategy_StrategyText_FRE.pdf)

<sup>96</sup> Ibid.

<sup>97</sup> Ibid. 88

<sup>98</sup> Trân, Joliette Minh Lan. « Analyse organisationnelle de l'accessibilité aux services de santé mentale pour la population anglophone dans la région de Québec ». En-ligne : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22219/22219.html>

<sup>99</sup> Dongier, P. Kiolet, M. et Ledoux, I. « La santé mentale des immigrants ». En-ligne : <http://lemedecinquebec.org/Media/94511/033-039DrDongier0307.pdf>

- <sup>100</sup> Trân, Joliette Minh Lan. « Analyse organisationnelle de l'accessibilité aux services de santé mentale pour la population anglophone dans la région de Québec ». En-ligne : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22219/22219.html>
- <sup>101</sup> Ibid. 35
- <sup>102</sup> Ibid. 35
- <sup>103</sup> Institut universitaire de santé mentale au Québec. « Guide d'information et de soutien destiné aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale ». En-ligne : <http://www.institutsmq.qc.ca/publications/maladie-mentale/guide-information-soutien-membres-entourage-maladie-mentale/index.html>
- <sup>104</sup> Provencher, Perreault, St-Onge et Vandal (2001). Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches.
- <sup>105</sup> Stuart, H. « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution ». Santé mentale au Québec. En-ligne : <http://www.erudit.org/revue/smq/2003/v28/n1/006981ar.html>
- <sup>106</sup> Commission sur la santé mentale du Canada. « Enjeu : Diversité ». En-ligne : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/issues/diversity?routetoken=919c09062037ae1fb96e54be679d4a7d&terminal=22>
- <sup>107</sup> Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale. « Logiques et conditions d'action des acteurs en santé mentale : défis et perspectives ». En-ligne : <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=395>
- <sup>108</sup> Ibid. 35
- <sup>109</sup> Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, « Série de troussees d'outils – un document sommaire ». En-ligne : <http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/FRTToolkitExecSummaries-s.pdf>
- <sup>110</sup> Barr, V.J. et coll. « The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model », Hosp Q, vol. 7, no1, 2003, p. 73-82
- <sup>111</sup> Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario. « Réseau Ado du CHEO ». En-ligne : <http://www.cheo.on.ca/fr/r%C3%A9seau-des-ados>
- <sup>112</sup> Citoyenneté et Immigration Canada. « Programme de thérapie pour les familles d'immigrants et de réfugiés Aurora ». En-ligne : <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/parteneriat/pese/aurora.asp>
- <sup>113</sup> Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. « Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada ». En-ligne : [www.mentalhealthcommission.ca/.../MHStrategy\\_StrategyText\\_FRE.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/.../MHStrategy_StrategyText_FRE.pdf)
- <sup>114</sup> Strongest Family Institute. En-ligne : [strongestfamilies.com](http://strongestfamilies.com)
- <sup>115</sup> Gouvernement du Québec. « Le guichet d'accès en santé mentale - Clientèle adulte - Cadre de référence ». En-ligne : [www.agencesss04.qc.ca/.../cadre\\_reference\\_guichet\\_acces-2.pdf](http://www.agencesss04.qc.ca/.../cadre_reference_guichet_acces-2.pdf)
- <sup>116</sup> Orygen Youth Service. « The OYH Model ». En-ligne : <http://oyh.org.au/oyh-model>
- <sup>117</sup> Community Navigation and Access program. « About us » En-ligne : <http://www.4seniors.org/AboutUs.aspx>

<sup>118</sup> Institut canadien d'information sur la santé. « Reconnaître et explorer la santé mentale positive ». En-ligne: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/recognizing\\_exploring\\_positive\\_mental\\_health\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/recognizing_exploring_positive_mental_health_fr.pdf)

<sup>119</sup> Commission sur la santé mentale du Canada. « Résumé du rapport du Groupe de travail sur la diversité: Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés – Enjeux et options pour l'amélioration des services ». En-ligne: [Diversity\\_Issues\\_Options\\_Report\\_Summary\\_FRE\\_0%20\(1\).pdf](#)

<sup>120</sup> Ibid. 89

<sup>121</sup> Ibid. 89

<sup>122</sup> Ibid. 35

<sup>123</sup> Agence de santé publique du Canada (2005). « L'approche axée sur la population ». En-ligne: <http://www.phac-aspc.gc.ca/phsp/ddsp/approche/html#history>