

SANTÉ MENTALE ET ACCÈS AUX SERVICES : POINT DE VUE DES
IMMIGRANTS FRANCOPHONES RÉSIDANT À OTTAWA

Par

Hodan Yusuf Farah

Mémoire déposé à

l'École de service social

En vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sous la direction de

Mme Dahlia Namian

Université d'Ottawa

Septembre 2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu, ma directrice thèse qui m'a soutenue et prodiguer des commentaires et un soutien réconfortant durant les moments difficiles pour terminer ce projet. Ce travail est le fruit de plusieurs conversations et rencontres qui m'ont inspirée.

Merci aux familles immigrantes qui m'ont ouvert leurs portes et qui m'ont gentiment donné accès à leur vécu pour enrichir ce mémoire. Un grand merci aux intervenants qui ont accepté d'alimenter mon projet.

Un merci spécial à mes enfants, Anass, Yousouf et Khalid, je vous remercie de vous être armés de patience, malgré votre jeune âge vous avez été un soutien émotionnel important. Vous embellissez ma vie.

À ma mère, merci maman pour ton soutien et tes prières même si tu es loin de moi, tu as toujours été là pour moi.

Je voudrais remercier mon ami Theodore Bisserbe, pour ses précieux conseils et sa relecture. Je ne pourrais jamais énumérer ici le nombre de personnes qui m'ont de près ou de loin aidé à la réalisation de ce mémoire.

RÉSUMÉ

Ce mémoire explore les perceptions et l'expérience des personnes immigrantes de la maladie mentale en contexte canadien. Il traite des besoins et des obstacles liés à l'accès aux services de soins de santé mentale pour les personnes vivants avec un trouble de santé mentale et leurs proches. À cet effet, nous nous sommes posé ces questions: quels sont les obstacles rencontrés par ces personnes pour la recherche des soins en santé mentale? Quelles sont stratégies qu'elles mettent en place pour y faire face ? Quelle est la perception de ces personnes des troubles de santé mentale et de leur prise en charge ? Chez les immigrants de minorité visible et francophones en contexte minoritaire, plusieurs barrières existent et peuvent entraîner une dégradation de la santé mentale qui affectent tant la personne que ses proches. Notre mémoire repose sur une méthode qualitative. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisé avec quatre personnes (deux hommes et deux femmes) immigrantes et francophones de Ottawa, ayant reçu elles-mêmes ou leur(s) proche(s)un diagnostic de trouble de santé mentale. De plus, des entretiens semi-dirigés ont également été réalisés avec deux intervenants œuvrant en santé mentale auprès de personnes immigrantes dans la région. Les résultats obtenus lors des entrevues avec les participants ont dégagé leur perception de la santé mentale, leur appréciation du soutien formel et informel et aussi l'accès aux services francophones de santé mentale à Ottawa. Notre mémoire met également en lumière une barrière d'accès importante, celle de la double stigmatisation des personnes immigrantes souffrant de troubles de santé mentale. En effet ces dernières sont exposées aux stéréotypes de par leur statut d'immigrant, mais également à des représentations négatives de la maladie mentale dans leur propre culture où elle demeure souvent taboue.

Mot clés : immigration; santé mentale; stigmatisation; francophones minoritaires; approche ethnoculturelle, barrières d'accessibilité

ABSTRACT

This thesis explores immigrants' experiences and perceptions of mental illness in a Canadian context. It addresses the needs and barriers to accessing mental health services for immigrants and their loved ones living with mental health disorders. To this end, we asked ourselves these questions: what are the obstacles encountered by these people in the search for mental health care? What strategies do they implement to gain access to those services? What is their perception of mental health disorders and how should they manage it? For francophones immigrants living in a minority context, there are several barriers that can lead to a deterioration of mental health affecting both the individual and those close to them. Our thesis is based on a qualitative method. Semi-structured individual interviews were conducted with four francophone immigrants (two men and two women) living in Ottawa who themselves or their loved one (s) were diagnosed with a mental health disorder. In addition, semi-structured interviews were also conducted with two mental health workers who work with immigrants in the region. The results of the interviews with participants revealed their perception of mental health, their appreciation of formal and informal support and also the access to Francophone mental health services in Ottawa. Our thesis also uncovers a major barrier to access: the dual stigma associated with mental illness. Immigrants are both exposed to stereotypes because of their immigrant status, but also to negative representations of mental illness in their own culture, where it is often taboo.

Key words: Immigration; Mental Health; Stigma; Minority Francophone; Ethnocultural Approach, Accessibility Barriers

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 IMMIGRATION ET SANTÉ MENTALE : UN BREF ÉTAT DES LIEUX	4
1.1 L’IMMIGRATION ET LA SANTÉ MENTALE	4
1.1.1 Le stress lié à l’immigration.....	6
1.2 BARRIÈRES ET OBSTACLES À L’ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE.....	8
1.2.1 La langue.....	8
1.2.2 Connaissance du système.....	10
1.2.3 Individualisation et médicalisation de la prise en charge.....	11
1.3 PERCEPTIONS ET PRÉJUGÉS ENTOURANT LA MALADIE MENTALE.....	14
1.3.1 La stigmatisation	15
1.4 QUESTION DE RECHERCHE	17
1.5 CADRE CONCEPTUEL.....	18
1.5.1 Stigmate	18
1.5.2 Les fondements théoriques de l’approche ethnopsychiatrique et interculturelle.....	20
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE	26
2.1 PROFIL DES PARTICIPANTS.....	27
2.2 PROCÉDURE ET DÉFIS DE RECRUTEMENT.....	27
2.3 CRITÈRES D’ÉCHANTILLONNAGE.....	29
2.4 L’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	30
2.5 ANALYSE DES DONNÉES	31
2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	32
2.7 LIMITES	33
CHAPITRE 3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	34
3.1 PORTRAIT DES PARTICIPANTS	34
3.2 CONTEXTE DANS LEQUEL SURVIENT UN TROUBLE OU UN DIAGNOSTIC DE SANTÉ MENTALE	36
3.2.1 Parcours d’immigration et contexte familial	36
3.3 LA RECONNAISSANCE DES SYMPTÔMES ET LES PREMIÈRES RÉACTIONS VIS-À-VIS DE LA MALADIE	38
3.4 LES BARRIÈRES D’ACCESSIBILITÉ AUX SOINS.....	40
3.4.1 Précarité de statut, de logement et en emploi	41
3.4.2 Barrières de langue	42

3.5 PERCEPTIONS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE.....	44
3.5.1 Dans le pays d’origine	44
3.5.2 Dans le pays d’accueil	46
3.6 SUPPORTS ET SOUTIENS INFORMELS	50
3.6.1 Préjugés et stigmatisation.....	53
3.7 LE TRAVAIL SOCIAL EN SANTÉ MENTALE : LES DÉFIS DE LA PRATIQUE EN CONTEXTE INTERCULTUREL.....	55
3.7.1 Expériences et enjeux particuliers avec les populations immigrantes	56
3.7.2. Défis liés à la non reconnaissance de la maladie	57
3.7.3 Stigmatisation et isolement social	59
3.7.4 L’intervention en contexte interculturel : limites personnelles et conseils	61
CHAPITRE 4 DISCUSSION.....	67
4.1 INÉGALITÉ D’ACCÈS AUX SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES EN FRANÇAIS	67
4.2 LES DÉFIS LIÉS À L’IMMIGRATION	69
4.3 PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA MALADIE ET EFFETS SUR LA PRISE EN CHARGE	70
4.4 STIGMATISATION ET ISOLEMENT SOCIAL.....	71
4.5 LA FORMATION INTERCULTURELLE DES INTERVENANTS SOCIAUX ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	72
CHAPITRE 5 CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXE A Lettre de recrutement	86
ANNEXE B Guide d’entretien pour les participant.e.s	87
ANNEXE C Formulaire de consentement pour les participant.e.s	89
ANNEXE D Liste de ressources	92
ANNEXE E Guide d’entretien pour les intervenant.e.s	93
ANNEXE F Formulaire de consentement pour les intervenant.e.s.....	94
ANNEXE G Certificat d’approbation éthique	97

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACT :	Acceptance and Commitment Therapy
ASPC :	Agence de la santé publique du Canada
ACSM :	Association canadienne pour la santé mentale
CIC :	Citoyenneté et Immigration Canada
DSM :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR
LSF :	La loi canadienne de 1986 sur les services en français.LSF
MSSD :	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
OMS :	Organisation Mondial de la Santé
TCC :	Thérapie Cognitivo- comportementale (CBT).

INTRODUCTION

Le concept de santé est un concept vaste qui englobe non seulement la santé physique, mais aussi la santé mentale. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou de l'infirmité » (OMS 2008). Selon cette définition, on ne peut pas dissocier la santé mentale de la santé physique.

La santé mentale est souvent définie du point de vue médical par le DSM, qui permet de classifier les troubles selon des catégories de symptômes pathologiques. *Le DSM4 (1)* définit ainsi « un trouble mental comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental¹ ». Néanmoins, d'autres définitions existent afin de tenir compte des autres facteurs que ceux strictement médicaux et symptomatiques. Par exemple, l'Agence de la Santé publique au Canada définit la santé mentale comme :

La capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui

¹ <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>

respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle.²

La santé mentale s'avère donc un état optimal qui permet à une personne de s'épanouir. Pourtant, certaines personnes socialement vulnérables peuvent faire face à des obstacles qui affectent leur santé mentale.

Les troubles de santé mentale affectent directement ou indirectement beaucoup d'individus dans le monde. Ils peuvent avoir un impact sur la relation de l'individu avec sa famille, son travail et tout son environnement. À cet effet, lorsque les individus sont confrontés à des défis affectant leur bien-être psychologique, ils perdent alors leurs capacités à contribuer pleinement à la vie en société.

Ces répercussions peuvent aussi avoir des conséquences sur le système médical et le bon fonctionnement de l'économie d'un pays ou d'une province. En Ontario, certaines lois sont adoptées pour venir en aide aux personnes atteintes de trouble de santé mentale (loi 68 ou la Loi Brian) afin de faciliter les soins en milieu communautaire (MSSLD 2000). Pourtant, au Canada, la maladie mentale est encore taboue, et pour une multitude de raisons, elle l'est encore plus pour les immigrants (Levesque et Rocque 2015). Considérant qu'il est reconnu que la stigmatisation et les tabous sont des enjeux complexes qui créent des barrières d'accès aux services de soins en santé mentale (Fenta et coll. 2004) et qu'encore peu de recherches s'intéressent à ces barrières d'accès chez les immigrants francophones en contexte minoritaire (Audet et Drolet 2014 et Muamba 1998), il s'avère alors important de s'y pencher.

² Agence de la santé publique du Canada (ASPC), [Promotion de la santé mentale](https://lop.parl.ca/content/lop/ResearchPublications/2013-76-f.htm).
<https://lop.parl.ca/content/lop/ResearchPublications/2013-76-f.htm>

Cette recherche tente donc de comprendre les barrières d'accès aux services en santé mentale chez les populations immigrantes francophones à Ottawa. Il s'agira plus spécifiquement de sonder leurs représentations de la maladie mentale et de mieux comprendre l'effet de ces représentations sur l'accès aux services. Nous émettons l'hypothèse qu'en plus des barrières linguistiques (notamment chez les populations immigrantes francophones), la stigmatisation et les tabous associés à la maladie mentale agissent comme une barrière d'accès significatif aux services en santé mentale (soins psychiatriques, médicaments psychotropes, psychologues, travailleurs sociaux en santé mentale, etc.) Ainsi, si plusieurs recherches ont montré que la maladie mentale est encore taboue au Canada, et que la stigmatisation qui lui est associée demeure une barrière importante aux soins, qu'en est-il au sein des populations immigrantes ? C'est pour répondre à cette question que nous nous intéressons aux représentations de la maladie mentale chez les populations immigrantes francophones en contexte minoritaire spécifiquement. Il s'agira alors de comprendre les perceptions et les tabous associés à l'univers de la santé mentale et à leurs effets sur l'accès aux services en santé mentale.

CHAPITRE 1

IMMIGRATION ET SANTÉ MENTALE : UN BREF ÉTAT DES LIEUX

1.1 L'IMMIGRATION ET LA SANTÉ MENTALE

Selon Santé publique Canada (2011), certains facteurs peuvent contribuer à une meilleure santé mentale, comme avoir un bon revenu, un soutien social adéquat, faire du sport, etc. Or, qu'en est-il de la santé mentale des personnes en situation d'immigration si on part du constat que plusieurs de ces facteurs peuvent être absents ou diminués en raison des divers obstacles avec lesquels ces personnes doivent composer dans la société d'accueil?

Le Canada est depuis fort longtemps reconnu pour être un pays d'accueil où diverses nationalités et cultures se côtoient au quotidien. Étant donné que la population est vieillissante, le Canada accueille chaque année des immigrants de différents pays pour pallier ce problème. Le nombre d'immigrants arrivés au Canada en 2015 était estimé à 271 845³. Parmi ces immigrants, un bon nombre d'entre eux viennent s'installer en Ontario pour sa richesse et sa communauté francophone afin de ne pas être dépayés. La francophonie attire des immigrants venant de l'Afrique, des Caraïbes et de certains pays arabes, mais ces derniers ont d'abord leur propre langue maternelle et la langue française représente la langue d'éducation apprise sur les bancs de

³ <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/rapport-annuel-parlement-immigration-2016.html>

l'école. Selon le rapport de Cardinal et coll. (2006), les immigrants francophones appartenant à une minorité visible sont issus principalement de la communauté noire (33,1%), suivie des communautés arabe (18,3%) et chinoise. Un grand nombre de francophones des communautés noires sont installés en Ontario. Ces derniers sont arrivés au Canada vers la fin des années 1990, alors que l'immigration européenne date d'il y a longtemps. Les immigrants francophones qui viennent s'installer rêvent d'un avenir meilleur, car ces derniers viennent enrichir la francophonie et aussi la population canadienne. Cependant, ces immigrants arrivent aussi avec leurs bagages linguistiques et culturels différents du pays d'accueil. En outre, ils sont souvent confrontés à des chocs culturels, qui peuvent avoir des répercussions négatives sur leur santé mentale.

À leur arrivée au pays, les personnes en situation migratoire font face à de multiples obstacles pouvant avoir un effet sur leur état de santé, et notamment leur santé mentale (Robert et Glikinson 2012). La migration est une expérience unique qui met en contact deux cultures différentes (Ramdé, 2007). Dans certains cas, cette conjonction fortuite entre les deux cultures peut être vécue comme un malaise du fait qu'elle « rompt l'homologie entre le cadre culturel externe et le cadre culturel interne intériorisé » (Nathan, 1987). L'individu quitte alors son système de référence habituel pour se retrouver dans un système de référence inconnu dont il n'a pas forcément l'intelligibilité adéquate. Il s'ensuit un choc culturel qui peut se transformer en un « stress acculturatif » (Berry, 1997). Il est difficile de venir dans un pays et d'apprendre une nouvelle culture tout en essayant de préserver sa culture.

Par ailleurs, le processus migratoire pour un immigrant peut être synthétisé en quatre grandes étapes selon Fronteau (2000), à savoir : la période prémigratoire (avant le départ), la période

migratoire (l'entre-deux) et la période post migratoire (l'arrivée et l'adaptation). Rousseau et Nadeau (2003) soutiennent que c'est cette période post migratoire qui fragilise la santé mentale des immigrants. L'immigration est un processus qui peut être à la fois volontaire (migration économique, regroupement familial) et involontaire (exilés politiques, réfugiés, demandeurs d'asile). Dans tous les cas, Vatz Laaroussi (2008) dénote que l'intention d'un plan migratoire passe d'abord par la volonté d'un meilleur avenir, qu'il soit individuel ou familial, mais plus spécifiquement par la recherche d'une meilleure vie pour les enfants. Si le processus migratoire est ainsi motivé par la volonté d'un meilleur avenir, il n'empêche pas le fait que le stress occasionné par ce processus entraîne une détérioration de la santé mentale selon plusieurs études (Ali, 2002; Wu et coll., 2003; Malenfant, 2004; Lou et Beaujot, 2005; Kennedy et coll., 2005) qui montrent que l'immigration constitue une épreuve psychologique importante (Robert et Gilkinson, 2012). Les recherches tendent à montrer qu'elle demeure un facteur de vulnérabilité supplémentaire chez des individus déjà souvent fortement fragilisés (que ce soit sur le plan socioéconomique et/ou sécuritaire).

1.1.1 Le stress lié à l'immigration

Les immigrants comme les réfugiés ont connu le même parcours migratoire, celui de l'exil : ils viennent s'installer dans un pays différent du leur et doivent composer avec un nouveau statut socioéconomique et culturel. L'adaptation à une nouvelle vie est parfois semée d'embûches et demeure éprouvante, pouvant ainsi contraindre les migrants à recourir à diverses stratégies d'adaptation pour mieux s'intégrer au pays. C'est durant la période d'adaptation que la souffrance psychologique se manifeste le plus.

Comme le stress est reconnu comme un facteur de risque pour la maladie mentale (santé Canada, 2008), des auteurs montrent que la santé mentale des immigrants découle notamment d'un « stress acculturatif » résultant des processus de « déracinement », de « réinstallation » et « d'adaptation » à une nouvelle vie et une nouvelle culture (Lou et Beaujot, 2005). Ainsi, les recherches exposent le fait que les personnes en situation migratoire (immigrants et réfugiés) sont exposées à plusieurs facteurs anxiogènes, allant des facteurs de stress associés à leur situation et condition de vie antérieure à l'immigration (tels que la pauvreté et le chômage, l'insécurité politique et la violence) à ceux causés par les diverses ruptures auxquelles ils font face (ruptures familiales, déclassement social et économique, etc.) (Fenta et coll., 2004). Kennedy et coll. (2005), dans une étude réalisée auprès de 1 135 étudiants d'origine indo-asiatique, chinoise et européenne visant à examiner les différences dans les tendances suicidaires selon la génération et l'ethnicité, ont mis en évidence les difficultés auxquelles se heurtent les jeunes immigrants lorsque vient le temps de concilier leurs valeurs culturelles traditionnelles aux valeurs et normes canadiennes. De plus, les enjeux et défis d'adaptation liés à l'intégration en emploi, de même que l'absence de réseaux personnels et sociaux, demeurent des facteurs de stress importants pouvant avoir une influence négative sur le bien-être psychologique des personnes immigrantes (Putnam, 2000; Robert et Gilkinson, 2012). Les écrits soutiennent que l'importance du soutien social dépend du capital social dont les immigrants bénéficient.

D'autres facteurs, tels que le statut migratoire, le genre et le groupe ethnique, auraient également une influence sur la santé mentale. Par exemple, des recherches (Ali, 2002 ; Lou et Beaujot, 2005) montrent que les hommes immigrants sont moins susceptibles de déclarer

être en mauvaise santé mentale que les femmes et que les immigrants récents affirment être en meilleure santé mentale que ceux de longue date. Ainsi, si « la proportion de mauvaise santé mentale déclarée chez la population née à l'étranger est plus faible que chez la population née au Canada (5,95 % et 7,04 %, respectivement) », Lou et Beaujot (2005) soulignent qu' « on observe une tendance à la convergence entre la santé des immigrants de longue date et celle de la population née au Canada en termes de pourcentage et de rapport de cotes de mauvais état de santé mentale déclaré » (Ibid.). De même, selon Robert et Gilkinson (2012), la catégorie d'immigration et la région d'origine sont également associées à la santé émotionnelle. Les réfugiés étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes émotionnels que les immigrants de la catégorie du regroupement familial. Cependant, les immigrants des autres catégories ne différaient pas beaucoup des immigrants de la catégorie du regroupement familial.

1.2 BARRIÈRES ET OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE

1.2.1 La langue

D'après Bowen (2001), les besoins en termes de services liés à la santé mentale chez les immigrants, surtout chez ceux venus en tant que réfugiés (qui peuvent avoir été victimes de violence physique et/ou sexuelle, avoir connu le stress de la guerre, la perte d'un ou des membres de la famille et une expérience de camps) sont très élevés. Or, on constate, malgré ce besoin, qu'il existe de multiples obstacles à l'accès aux soins et au système de santé mentale chez les populations immigrantes au Canada. Chez les immigrants francophones en Ontario, l'une des barrières spécifiques demeure la langue.

La loi entrée en vigueur en 1986, soit la Loi sur les services en français (LSF) (ministère de l'Ontario 2013), garantit à toute personne de recevoir des services en français dans les ministères et les organismes gouvernementaux en Ontario. En ce qui concerne l'accès en français des soins en santé mentale, les lacunes sont importantes. En effet, la littérature montre que l'accès aux soins de santé mentale en français en Ontario demeure un défi pour l'ensemble des francophones, y compris pour les immigrants. À titre indicatif, Ottawa est reconnue comme étant la deuxième ville ontarienne qui accueille le plus d'immigrants. Ces derniers proviennent de l'Asie et du Moyen-Orient 53%, suivis de L'Afrique 17% et enfin de l'Europe 15% (Rapport Optique d'équité et d'inclusion 2010). Les francophones constituent 15.9% de ces immigrants, soit un total de 24175 personnes. Cardinal (2006). Or, en dépit de cette présence significative d'immigrants francophones, Cardinal (2006) souligne, dans sa recherche menée auprès des femmes immigrantes, que ces dernières ont soulevé le manque de services et d'informations en français. Sa recherche montre que plusieurs d'entre elles ont dû recourir aux services en anglais en raison du manque et qu'elles n'avaient pas apprécié de se retrouver dans une situation difficile lorsqu'il a fallu relater des évènements personnels.

Selon le rapport de Bowen (2015), la barrière linguistique peut aussi amener à l'incompréhension d'une situation médicale ou bien à la formulation d'un mauvais diagnostic et à des interventions à entreprendre. L'auteur rajoute que « les chercheurs ont constaté que les immigrants plus âgés ayant une maîtrise limitée de l'anglais présentaient une plus grande détresse psychologique que les groupes maîtrisant l'anglais, et qu'ils avaient moins tendance à utiliser les services de santé mentale » (Ibid., p.22). À cet effet, les études réalisées par Bouchard et coll. (2012) et Picard et coll. (1999) dénoncent le

manque criant de soins de santé en français et de professionnels de la santé francophone, surtout pour certains services comme la santé mentale, la toxicomanie et les soins spécialisés. Cardinal (2006) souligne également, dans sa recherche auprès des femmes immigrantes, que ces dernières ont soulevé un manque important de services et d'informations en français. Sa recherche montre d'ailleurs que plusieurs d'entre elles doivent recourir aux services en anglais. Cette situation complique souvent leur façon de décrire leurs événements personnels.

1.2.2 Connaissance du système

Les barrières à l'accessibilité peuvent aussi reposer sur une moindre connaissance du système de soins et des services en santé mentale. (Newbold, 2005). Les services de santé au Canada sont basés sur l'assurance maladie qui permet à chaque détenteur de pouvoir bénéficier de soins gratuits. Cependant, cette carte n'est pas accessible à tous les immigrants, puisqu'elle dépend de leur statut. En outre, l'organisation du système des services sociaux ne semble pas adaptée aux réalités des immigrants. Maheel-Nyota (2010) explique par exemple que l'absence de la carte de santé limite grandement l'accessibilité aux soins de santé. À Ottawa, sans cette carte, divers organismes publics ne fournissent pas de traitement et plusieurs familles immigrantes n'ont pas un revenu suffisant pour payer les services d'un psychiatre ou d'un psychologue en clinique privée.

Les réfugiés ou les personnes immigrantes nouvellement arrivés peuvent avoir besoin d'aide pour naviguer dans le système de santé mentale. Ces personnes proviennent souvent de pays où les soins de santé mentale sont très limités ou ne disposent que de très

peu de soins psychiatriques publics. En outre, lesdits pays n'offrent habituellement pas ces services en raison d'une pénurie de professionnels formés adéquatement et aussi en raison d'installations peu connues de la population ou très éloignées et d'équipements psychiatriques trop onéreux. Levesque et Rocque (2015) estiment que le recours aux services de santé non seulement ne tient pas compte de la dimension culturelle de l'immigrant, mais aussi celles qui sont transmises par le système de santé traditionnel. Elles suggèrent que pour mieux répondre aux besoins des personnes issues de milieux diversifiés, les cliniciens doivent reconnaître les croyances culturelles en lien avec les troubles de santé mentale des personnes. Par ailleurs, le décalage entre le système de communication et la perception de la maladie, souvent différente, réduit l'immigrant à ses croyances culturelles et complique doublement la situation. Selon Kirmayer. (2011), tant que l'autre est perçu subjectivement, en fonction de sa dimension culturelle, on se prive du désir de découvrir et percevoir le monde différemment, de se livrer à l'effort de comprendre les cultures par le biais du dialogue. Cependant, la différence peut servir de trépid au rapprochement entre les personnes.

1.2.3 Individualisation et médicalisation de la prise en charge

Les différences culturelles limitent les immigrants à aller chercher le soutien formel dont ils ont besoin. Il est important de souligner que la famille est très importante pour les immigrants, même si cette dernière est restée au pays. Vatz-Laaroussi (2007) observe que la famille assure une stabilité et un réconfort dans lesquels la personne trouve un appui constant. Elle permet aussi d'alléger les sources de stress dans la famille en apportant les

efforts nécessaires pour le rétablissement. Or, la médecine moderne ne se concentre que sur l'individu, et souvent le modèle médical ne tient pas compte des besoins de la famille.

L'isolement est l'une des conséquences de l'effet migratoire. Il résulte de la perte du soutien familial et du réseau communautaire. Ainsi, ces personnes se retrouvent seules, aux prises avec des situations difficiles qui ne font qu'empirer leur précarité sociale. Il y a aussi la perte du soutien traditionnel. Au Canada, les immigrants se trouvent séparés de la famille élargie et de leurs amis de leur pays d'origine. La plupart des pays d'où viennent les immigrants possèdent des valeurs familiales et communautaires très fortes où l'entraide est souvent valorisée et prise en considération lorsqu'une personne est dans le besoin. Ils laissent donc derrière un système collectif d'entraide et de support pour un système individuel. Lorsqu'un comportement anormal est remarqué, ces derniers, déjà vulnérabilisés par leur situation de précarité, deviennent réticents à aller chercher de l'aide. Ils essayent de normaliser ou de cacher les comportements de cette personne pour ne pas se sentir exclus de la société d'accueil.

La séparation fait en sorte que les immigrants se heurtent à l'individualisation de la maladie et à la valorisation de la médicalisation qui est véhiculée par la société dominante. L'absence de la famille, la peur de la communauté, la peur du système médical et le manque de ressources financières entravent l'accès aux services. Ils se tournent souvent vers la famille restée au pays afin d'avoir des conseils, ou pour que cette dernière puisse les aider ou à trouver des guérisseurs traditionnels dans le pays d'accueil ou à consulter des guérisseurs au pays pour avoir la médication traditionnelle. « Dans les sociétés traditionnelles, la maladie est un évènement qui ne concerne pas que le sujet souffrant,

mais l'ensemble de son entourage (famille, groupe social, monde invisible) » (Lecomte et coll. 2006 p.15). Toute la famille est mise à contribution pour la prise en charge de la personne malade. De plus, ce sont aussi les guérisseurs et les dirigeants religieux, les chamans, ou les prêtres, qui sont ainsi amenés, de par leur expérience et leur influence, à traiter les maladies mentales. Du coup, le système médical est le dernier recours. À cet effet, Nadeau et Measham (2005) soutiennent que « l'expertise scientifique occidentale doit accueillir d'autres formes de connaissances qu'apportent les familles immigrées, souvent présentées sous la forme de connaissances et de techniques centrées sur la tradition et la culture locale » (traduction libre, p.74). La famille est un pilier, un facteur de résilience vers lequel se tourner devant les moments difficiles avant que la situation ne dégénère. À cet effet, il semble important de tenir compte du besoin qu'ont les immigrants de recevoir du soutien social de la part de leurs familles, de leurs communautés pour le maintien de leur bonne santé mentale (Caron et Guay, 2005 ; Fenta et coll., 2005 ; Tousignant, 1988). Pour les immigrants qui ont subi plusieurs pertes, il est important de se tourner vers des personnes avec lesquelles ils ont soit une affinité culturelle ou une relation de confiance comme les professionnels ou les communautés ethniques et culturelles. Les auteurs ajoutent que « [l]es tenants de ce modèle suggèrent que les effets bénéfiques du soutien social sur la santé apparaissent surtout en situation de stress. Le soutien social jouerait alors un rôle médiateur dans la relation entre l'événement stressant et la santé » (Caron et Guay, 2005, p. 19). Le soutien familial leur apporte cette capacité de pouvoir jongler avec le stress tout en permettant de s'adapter à leur nouvelle situation. En effet, certaines recherches montrent que le soutien de la famille et de la communauté ethnique est associé à une meilleure santé mentale, puisque celui-ci constitue un facteur de protection face aux

difficultés rencontrées (Simich et coll., 2005). Les auteurs soulignent aussi que le soutien social n'est pas seulement bénéfique pour la personne ; il procure aussi une certaine force aux individus afin que ces derniers puissent surmonter les défis et les obstacles qu'ils rencontrent.

1.3 PERCEPTIONS ET PRÉJUGÉS ENTOURANT LA MALADIE MENTALE

Outre ces barrières importantes, d'autres facteurs, dont les facteurs subjectifs et culturels, peuvent avoir une influence sur l'accessibilité aux soins de santé mentale. Notons en premier lieu les différences culturelles dans la perception de la maladie mentale. En effet, les recherches montrent que ces différences culturelles limitent les immigrants à aller chercher le soutien formel dont ils ont besoin. Au Canada, de manière générale, la perception de la santé mentale a grandement évolué à travers les époques. Ainsi, les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont plus enfermées dans des asiles psychiatriques et ne sont plus considérées comme « folles ». Aujourd'hui, ces personnes reçoivent un diagnostic (dépressif, bipolaire schizophrène). Par contre, la santé mentale est encore un sujet tabou de nos jours. Pour la plupart des gens, la maladie mentale est également un problème individuel et d'ordre biologique ; or, plusieurs études démontrent que pour comprendre les troubles de santé mentale, il faut considérer certains facteurs sociaux liés à l'apparition de troubles psychiques et non strictement le comportement de la personne comme étant la cause.

De plus, même si les symptômes de la maladie mentale sont identiques dans toutes les cultures, « leurs manifestations et la façon dont les gens décrivent et interprètent les symptômes varient selon l'ethnicité et la culture » (Association canadienne pour la santé mentale – Ontario, 2010).

Par exemple, en Afrique, le poids du système de croyances culturelles et spirituelles va avoir une influence sur le non-recours aux systèmes de soins occidentaux. Dans certaines cultures, la maladie mentale relève du domaine mystique (fatalisme, sorcellerie, djinns) ou encore de leurs perceptions du malheur (faute, péché, destin). La folie est une punition divine pour avoir commis un péché (Fuller et Miller, 2001). La maladie culpabilise la famille, l'entourage et les parents, car elle est perçue comme agression à travers la sorcellerie. Comme la folie est toujours assortie d'une rationalité mystique, elle ne peut pas s'expliquer autrement que par un sort jeté sur la personne par un esprit maléfique.

D'ailleurs, dans ces sociétés, la maladie mentale n'est pas par ailleurs une expression très utilisée; d'autres comme « possédés, fous, sorcières » peuvent être plus utilisées (Compère, 1992 p.290-291). Pour la famille, l'interprétation des effets de la folie est due à des erreurs commises par un membre de la famille ou par toute la famille et qui doivent être corrigées (Ouango *et al.*, 1998). Pour ces individus, l'essence de la maladie se rattache au surnaturel et la société cherche constamment à établir une relation causale de la maladie mentale et l'environnement social. Cela entraîne des réponses inadaptées et contribue à stigmatiser ceux qui souffrent de maladies mentales.

1.3.1 La stigmatisation

Les maladies mentales ont toujours été stigmatisées au sein des pays occidentaux (Hinshaw, et Cicchetti, 2000; Chandra et Minkovitz (2006). Bien que les mentalités aient grandement changé, passant ainsi de l'enfermement du « fou » à sa marginalisation ou

encore à une certaine tolérance de la société à l'endroit de ces individus, force est de constater qu'ils sont encore stigmatisés (Hinshaw, et Cicchetti, 2000).

Outre les facteurs culturels qui renvoient à des différences de perception sur la maladie mentale, peu de recherches se sont intéressées à la stigmatisation et à l'exclusion associées à cette dernière dans les communautés immigrantes elles-mêmes. Parmi celles relevées, les recherches comme celles de Pierre et coll. (2010) expliquent que les troubles de santé mentale peuvent être mal perçus au sein de certaines communautés culturelles, car les « problèmes privés » sont conçus comme devant relever uniquement de la sphère familiale.

L'histoire de la maladie mentale dans les communautés immigrantes racisées se caractérise par l'invisibilité, l'étiquetage et la marginalité. Tout d'abord, pour ce qui est de l'invisibilité, l'histoire de la maladie est une histoire codée, faite de silence, de non-dits et de traces qu'il convient toujours de décrypter et d'interpréter en connaissance de cause. On parle également d'étiquetage, car l'individu endosse une étiquette imposée par la société d'accueil. Comme Dorvil (2005, p.71) l'indique, « le diagnostic de maladie mentale constitue une étiquette quasi permanente pour « caser » un individu dans certaines sphères sociales « à part » distinctes de ce qui est socialement acceptable » (citation en bonne et due forme). En ce qui concerne la marginalité, Lacaze (2008) estime que la maladie stigmatise non seulement la personne malade, mais aussi sa famille. Certaines familles prétendent même que la personne est repartie au pays de peur de se faire juger. Par ailleurs, cette étiquette entraîne souvent un changement de comportement des familles qui le vivent difficilement. Dans les familles arabo-musulmanes, Rousseau et Ben Cheikh (2013) remarquent que les pères ont souvent tendance à vivre plus difficilement que les mères la

perte de leur statut auprès de la communauté. La mort sociale de l'enfant fait en sorte que l'exclusion de la famille entraîne aussi un rejet de l'enfant au sein de sa famille. La maladie mentale constitue un sujet tabou dont on parle rarement au sein de la famille, car l'image véhiculée par les médias occidentaux fait en sorte que les gens considèrent une personne atteinte de maladies comme une personne dangereuse qui peut s'en prendre aux autres sans raison valable (Lacaze 2008).

1.4 QUESTION DE RECHERCHE

C'est en tenant compte de ce qui précède que cette recherche tente de mieux comprendre les barrières d'accès aux services en santé mentale chez les populations immigrantes francophones à Ottawa. Il s'agit plus spécifiquement d'interroger leurs perceptions de la maladie mentale et de mieux comprendre l'effet de ces perceptions sur l'accès aux services. Sans qu'il ne s'agisse que de ceux-ci, nous estimons que la stigmatisation et les tabous associés à la maladie mentale constituent une barrière d'accès significative aux services en santé mentale (soins psychiatriques, médicaments psychotropes, psychologues, travailleurs sociaux en santé mentale, etc.). Ainsi, si plusieurs recherches ont montré que la maladie mentale est encore taboue au Canada et que la stigmatisation qui lui est associée demeure une barrière importante aux soins, qu'en est-il au sein des populations immigrantes ?

1.5 CADRE CONCEPTUEL

1.5.1 Stigmate

Dans son livre *Stigmate*, Erving Goffman explique que la société établit des cadres sociaux afin de classer les personnes et ainsi les catégoriser. L'auteur dénote que le stigmate désigne toute caractéristique qui discrédite un individu aux yeux de l'autre, tout en le faisant passer à un statut inférieur ou moindre. Notre quotidien fait en sorte que lorsque l'on rencontre une personne différente de nous, on a tendance à la catégoriser selon la première impression que nous donne cette personne. En effet, Goffman stipule que le stigmate est déterminé à travers les interactions entre l'individu dit « normal » et celui dit « stigmatisé » et cela correspond à la manière dont ce stigmatisé est identifié durant ces interactions.

Le stigmate est la particularité qui rend l'individu distinct des autres ou le place dans la case que l'on voudrait le mettre.

Goffman définit un individu stigmatisé comme suit :

Diminué à nos yeux, il cesse d'être pour nous une personne accomplie et ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé. Un tel attribut constitue un stigmate, surtout si le discrédit qu'il entraîne est très large ; parfois aussi on parle de faiblesse, de déficit ou de handicap. Il représente un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelle et réelle. (Goffman, 1975, p. 12)

Le stigmate vient de l'image dont on se fait d'une personne ou bien des stéréotypes qui y sont liés. Dans son livre, Goffman identifie trois sortes de stigmatisés. 1) les monstruosité

du corps, comme les handicaps ou les difformités physiques. Ces caractéristiques sont les plus souvent visibles et marginalisent l'individu, même si certains handicaps comme la déficience ou la surdité sont difficilement identifiables. 2) Les tares de caractères comme les malades mentaux. Les homosexuels ou les criminels représentent les personnes qui sont en marge de la société même si leur stigmat n'est pas visible. Ils ne correspondent pas aux normes sociétales. Étant donné que leur stigmat n'est pas identifiable, certains individus essaieront de le cacher en adoptant des comportements des individus dits « normaux ». Si on prend l'exemple d'un individu atteint d'un trouble de santé mentale, ce dernier peut bien tenter de le cacher, tant qu'il n'y a aucune personne au courant de sa situation.

Et enfin 3) le stigmat tribal qui, quant à lui, se transmet de génération en génération et se réfère aux groupes ethniques et religieux. Par exemple, un Noir est porteur d'un stigmat racial facilement identifiable même si ce dernier parle très bien la langue du pays d'accueil ou même s'il y est né.

En outre, ces caractéristiques ou « attributs », qu'ils soient visibles ou invisibles, ne sont pas en soi marginaux ou pathologiques, ils sont des stigmates dès lors qu'ils sont associés à des stéréotypes et des préjugés qui discréditent les individus et enlèvent la possibilité aux individus qui en sont porteurs de jouir pleinement du fait d'être citoyen au sein des sociétés démocratiques comme le Canada.

1.5.2 Les fondements théoriques de l'approche ethnopsychiatrique et interculturelle

Avec le changement social, la population canadienne devient de plus en plus diversifiée. Les interventions deviennent pluriethniques et doivent jongler avec cette diversité. Considérant que chaque individu est socialisé selon sa culture et son environnement social, les thérapeutes doivent repenser d'autres méthodes thérapeutiques alternatives au modèle occidental afin de soutenir et de venir en aide aux personnes immigrantes ou d'une autre culture. Georges Devereux, un ethnologue et psychanalyste d'origine hongrois-américain, propose, à travers ses expériences thérapeutiques avec les autres cultures, le concept d'ethnopsychiatrie pour faire une différenciation entre le « normal » et la « pathologique » dans les cultures diverses (Devereux, 1970). La théorie ethnopsychiatrique prend en compte les conceptions culturelles et sociales de la maladie. Elle implique un respect mutuel des croyances, des cultures et des comportements de chacun. Lorsqu'il y a une compréhension des référentiels culturels et sociaux de l'individu, cela permet une exploration des inquiétudes familiales et l'engagement d'une meilleure communication pour un partage de savoirs adéquat.

En effet, cette approche ou intervention est définie comme suit :

Une discipline clinique qui se donne pourtant pour objet l'analyse de tous les systèmes thérapeutiques, envisagés comme systèmes d'objets ; tous les systèmes, sans exclusivité ni hiérarchie, qu'ils se revendiquent "savants" ou qu'ils se présentent comme spécifiques à un collectif, à une communauté - ethnique, religieuse ou sociale (Nathan, 2000 p.6).

Cette définition soutient que les symptômes de la maladie mentale sont les mêmes, mais que chaque personne possède sa propre définition du malaise psychique qu'elle ressent. Par

exemple, une personne arabo-musulmane vivant en Maroc va parler de djinn ou d'un mauvais œil alors qu'une personne au Québec va plus être portée à parler de dépression ou de schizophrénie. Même si l'appellation ou la reconnaissance de la maladie sont divergentes, les symptômes de la maladie restent les mêmes. Les individus s'attachent surtout à leurs connaissances et à ce qu'ils ont appris sur la maladie. Les interprétations de l'un peuvent différer de l'autre et c'est souvent cette différence qui crée le malaise entre l'immigrant venu d'ailleurs et l'intervenant « d'ici », qui trouve « étrange » le savoir de l'autre. Pour des auteurs comme Nathan (2005) qui valorise le savoir des autres et leurs pratiques de prise en charge, chaque culture détient un savoir qui permet de tenir compte de l'interprétation et de l'origine de la maladie selon le monde surnaturel et aussi des « professionnel » qui la soignent.

Par ailleurs, l'ethnopsychiatrie, tout en reconnaissant l'importance de la culture et des méthodes alternatives des populations immigrantes, préconise toujours un thérapeute qui possède une bonne connaissance des mécanismes utilisés par la famille pour appréhender la maladie. Cette compréhension et ce respect des méthodes traditionnelles donnent en effet une place privilégiée à la famille du malade dans le suivi thérapeutique (Lecomte, 2006).

Cependant, l'intervention ethnopsychiatrique permet de déconstruire entre l'aidant et l'intervenant la double étrangeté de la problématique psychiatrique et de la différence culturelle, pour permettre aux individus qui vivent des expériences hors du commun parfois depuis l'immigration de comprendre leurs difficultés. Cette approche permet de dépasser une compréhension centrée exclusivement sur les symptômes du client, comme

c'est le cas dans les pays occidentaux où la médication constitue une alternative sans objection. Cette méthode redonne à la personne et à la famille la possibilité de raconter leur histoire, valorisant leurs appartenances sociales et culturelles. Elle permet à l'individu de retracer son vécu, avec son groupe et de s'y repositionner. Elle laisse la place à une rencontre où deux groupes communiquent de façon efficace et conjointe pour adresser une parole commune et porteuse d'espoir de rétablissement pour l'individu et pour sa communauté.

De Plaen (2006 p.125) affirme que «la reconnaissance de l'importance de l'espace culturel tout comme sa préservation deviennent ainsi des enjeux privilégiés de la démarche thérapeutique, au-delà des dimensions subjectives portées par chacun ». Cette reconnaissance s'avère un apport bénéfique tant pour la famille que pour le sujet lui-même et aussi pour l'équipe thérapeutique, puisqu'elle peut conduire à une meilleure formulation d'un diagnostic et à un accompagnement menant au rétablissement.

L'intervention en contexte interculturel a pris quant à elle une importance primordiale dans les sociétés occidentales qui connaissent des situations de diversité ethnique, religieuse et culturelle. Pour Vatz-Laaroussi (2013), l'approche interculturelle interroge les fondements normatifs, les processus et l'application de l'intervention ethnocentriste. L'approche insiste sur l'aspect culturel de l'intervention et souligne la nécessité d'y introduire l'univers de sens de la personne aidée, mais aussi celui de la société à laquelle elle appartient.

Cette réflexivité constitue un processus de décentration qui doit à terme mener l'intervenant à sortir de son ethnocentrisme. Dans une telle configuration, l'histoire des

individus, de leurs familles, des groupes d'immigrants et celle de l'intervenant acquièrent une dimension fondamentale dans l'intervention. Le recours à l'histoire des individus se fait à dessein afin de mobiliser, d'identifier et de mettre en relation les concepts de résilience, d'empowerment et de reconnaissance, dans le but de concrétiser les projets de la personne. Il faut noter que l'approche doit également intégrer le cercle des réseaux de l'individu, notamment le cercle familial (proche et lointain) qui agit sur la construction de l'identité individuelle (Cohen-Émérique, 1993).

Cette approche se fonde sur l'importance du contact et de la communication entre les représentantes de deux cultures distinctes qui sont l'intervenante et la personne immigrante. Chacun essaie dans cette configuration de se décentrer de son propre univers culturel pour se laisser entraîner - mais sans s'y perdre entièrement (assimilation) - dans celui de l'autre. Ainsi, « tout processus d'aide auprès de ces populations [immigrantes] se fonde sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins » (Ibid., p. 71). Il faut noter que ce processus de rapprochement ne se résume pas à la connaissance de l'univers de l'autre, mais à mesurer la complexité et la singularité de la relation interculturelle en faisant appel notamment à l'écoute compréhensive de l'autre et l'instauration d'une relation de confiance et d'harmonie avec l'autre (Ibid., 1993).

La relation hiérarchique est d'emblée éliminée puisque l'intervenant qui adopte le modèle interculturel agit en s'appuyant sur deux identités culturelles distinctes, mais qui sont sur le même pied d'égalité. Pour parer aux situations de malentendu et de mauvaise lecture de la culture de l'autre, Cohen-Émérique (1993) propose une démarche basée sur la

décentration, la pénétration dans le système de l'autre ainsi que la négociation et la médiation.

Il s'agit, en somme, d'un processus qui invite l'intervenant à sortir de son univers de référence via une démarche de réflexivité en essayant d'avoir une meilleure compréhension de lui-même et de son univers culturel (pour éviter le choc de la différence). Une fois que ce travail sur soi est terminé, l'intervenant est invité à s'ouvrir à la culture de l'autre, en faisant l'effort de découvrir, de comprendre et d'intérioriser certains éléments de cette culture (Ibid., 1993).

Enfin, l'intervenant fera appel à la négociation et la médiation pour essayer d'aboutir à « un minimum d'accord, de compromis, à un champ commun par une série de démarches, d'échanges pour éviter la guerre et – dans le contexte de l'action sociale ou éducative – éviter la violence symbolique où un des protagonistes impose son code à l'autre » (Cohen-Émerique, 1993, p. 82). Il faut éviter d'être trop absorbé par la culture de l'autre pour ne pas subir les pressions des mécanismes de régulation ou la soumission, ou bien d'incarner un rôle de dominateur dans la relation.

L'approche interculturelle considère que l'intervenant et l'immigrant appartiennent à un monde multiculturel complexe, où les cultures se valent et chacun peut et doit s'affirmer en fonction de son univers de référence et ses valeurs respectives. Elle prône le vivre ensemble et la compréhension de l'autre pour résoudre les problèmes qui peuvent surgir durant la cohabitation, envisage le rôle de l'intervenant social comme étant celui d'un

médiateur entre la société d'accueil et l'étranger; celui qui joue un rôle de va-et-vient entre les deux sphères à l'image d'un électron libre (Plivard, 2010).

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche tente de comprendre les barrières d'accès aux services en santé mentale chez les populations immigrantes francophones ethnoculturelles à Ottawa. Nous cherchons plus spécifiquement à mieux comprendre la perception de la maladie mentale en tenant compte des discours des personnes vivant avec un trouble de santé mentale ou des proches qui s'occupent de ces personnes et des stratégies d'intervention privilégiées pour y faire face. J'ai choisi ce sujet pour deux raisons. Tout d'abord, étant donné que la maladie mentale est encore taboue au Canada, pour une multitude de raisons elle l'est encore plus pour les immigrants (Pierre *et al.*, 2010). Considérant qu'il est reconnu que la stigmatisation et les tabous sont des enjeux complexes qui créent des barrières d'accès aux services de soins en santé mentale (Audet et Drolet, 2014), et que peu de recherches encore s'intéressent à ces barrières d'accès chez les immigrants francophones (Cardinal, 2006), il s'avère nécessaire de s'y pencher.

Dans un premier temps de notre démarche, nous avons effectué une revue de la littérature et dégagé un cadre théorique utilisant le stigmatisme, l'approche interculturelle et l'approche ethnopsychiatrique pour nous permettre de mieux analyser le phénomène touchant les minorités visibles en contexte francophone minoritaire ayant un trouble de santé mentale. Nous avons privilégié une démarche de recherche qualitative ainsi qu'une question de recherche, et des

questions d'exploration ont aussi été développées. Pour ce faire, nous avons décidé de mener des entrevues auprès de cette population. Nous avons mis en place un processus de recrutement pour inviter des participants et participantes de la population cible (immigrants et intervenants francophones en santé mentale) à effectuer des entrevues semi-dirigées, voir annexe A. À la suite de la collecte de données, nous avons fait une analyse thématique des résultats que nous décrirons avec les étapes de la recherche.

2.1 PROFIL DES PARTICIPANTS

Les entrevues furent menées de mai à juillet 2018. Au total, nous avons effectué six entrevues d'une durée approximative de 45 à 60 minutes auprès de 4 personnes immigrantes de minorité visible qui souffrent de troubles de santé mentale ou ayant un proche présentant un trouble de santé mentale de même qu'avec deux intervenants francophones qui travaillent auprès de cette population. Le profil sociodémographique des participants est présenté en détail dans le chapitre 3 portant sur la présentation des résultats.

2.2 PROCÉDURE ET DÉFIS DE RECRUTEMENT

Le recrutement des participants est une étape importante pour ma recherche. Lors de la période de recrutement, il est habituel pour le chercheur de rencontrer certaines difficultés. Dans le cas de cette recherche, il s'est avéré difficile de solliciter l'intérêt de participants volontaires dans la région de la capitale. Le recrutement des intervenants a aussi été ardu auprès de l'Association Canadienne pour la santé mentale qui, pourtant, est un organisme qui vient en aide aux personnes de toutes cultures et qui présentent une diversité d'intervenants.

À prime abord, appartenir à une communauté ethnoculturelle peut soit favoriser la promotion du projet ou soit apporter une certaine méfiance. Deuxièmement, il se peut que le sujet de la recherche ait provoqué une hésitation chez des candidats potentiels. Il est difficile pour certaines personnes d'aborder un sujet aussi personnel, surtout au sein de ces petites communautés où les chances de croiser quelqu'un peut représenter un risque. Les gens qui ont peur d'être stigmatisés peuvent avoir des hésitations à s'identifier comme participants potentiels dans une telle recherche, car elles craignent de renforcer les stéréotypes envers leur communauté par rapport à la communauté dominante (West 2005). À cet effet, certaines personnes qui nous ont contacté se sont désistées par peur de la stigmatisation de la communauté ou ne se sentaient pas à l'aise de partager leur vécu. Enfin, notre recherche ne concerne que les immigrants francophones de la minorité visible et non tous les immigrants francophones de la ville, ce qui représente un défi supplémentaire.

Ainsi, considérant la nature sensible ou taboue du sujet de recherche, nous nous sommes rendu compte que le recrutement par affichage a été ardu. Nous avons eu alors recours à un recrutement de type « bouche à oreille » (échantillon boule de neige) en demandant chez le ou la première personne rencontré (e) de nous suggérer des noms de personnes qu'ils connaissent qui répondent aux critères de sélection. Cette technique est particulièrement utile dans les recherches sur une problématique vécue par une population particulière et de taille limitée (Mayer & Ouellet, 1991). La participation s'est faite sur une base volontaire. Ensuite, certaines personnes intéressées à prendre part à la recherche nous ont contacté directement pour obtenir des informations sur cette recherche et comprendre leur implication dans cette recherche. Nous leur avons fixé un rendez-vous pour une entrevue. Nous avons donc pu réaliser des entrevues

qualitatives semi-dirigées auprès de quatre participants francophones et de deux intervenants travaillant auprès de ces personnes.

2.3 CRITÈRES D'ÉCHANTILLONNAGE

Cette recherche, de type exploratoire, repose sur un petit échantillon de quatre participants et n'a donc pas la prétention d'être représentative de l'ensemble de la population. Néanmoins, elle permet de connaître plus en profondeur le vécu de personnes qui vivent, à différents degrés, des réalités similaires en contexte d'immigration. Dans un premier temps, nous avons réalisé quatre entretiens avec des personnes immigrantes francophones et des intervenants. Les critères d'inclusion de cet échantillon étaient les suivants :

- Être immigrant francophone issue d'une minorité visible résidant au Canada depuis 10 ans et moins;
- Vivre ou avoir vécu un trouble de santé mentale OU vivre ou avoir vécu avec une personne (ami, membre de la famille) souffrant d'un trouble de santé mentale.

Nous avons choisi ces critères pour deux raisons. Tout d'abord, ils nous donnent une marge assez large pour sélectionner un nombre suffisant de participants immigrants de minorité visible. D'autre part, les participants possèdent une certaine connaissance et compréhension du système de santé au Canada.

En ce qui concerne l'échantillon des intervenants (N=2), le critère était :

- Être un(e) intervenant(e) francophone en santé mentale travaillant à Ottawa depuis au moins 2 ans avec une population immigrante

Nous avons pris en considération des variables telles que l'âge, le sexe, le pays de provenance, la durée de séjour au Canada, le statut marital et le nombre d'enfants ainsi que le statut d'immigration.

2.4 L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Afin de répondre à cet objectif, l'approche qualitative de type exploratoire est celle que nous avons utilisée pour ce mémoire, car elle permet de faire ressortir les multiples variations dans les discours des participants sur leurs perceptions de la maladie mentale: « La principale caractéristique de l'approche qualitative est de privilégier le point de vue des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales » (Mayer et Deslauriers, 2000, p.159-160). De plus, cette démarche est notamment importante lorsque le but de la recherche est de trouver une explication ou une signification à un problème social observé. D'ailleurs, Tremblay et Turgeon (1991, p. 12) dénotent que « cette méthode peut être encore avantageuse dans l'investigation du contexte psychosocial d'un malade, particulièrement dans les cas de maladies de civilisation pour lesquelles on admet de plus en plus que la médecine traditionnelle n'a eu qu'un succès relatif ». À cet effet, Grenier (2005) affirme aussi que les recherches qualitatives sont généralement bien placées pour dénoncer des non-sens entretenus par les autorités et les structures historiquement construites. La méthode qualitative nous permet donc de voir une réalité autre que ce que veulent nous montrer les structures en place. Elle remet en question des services jugés adéquats pour

examiner leur pertinence grâce aux acteurs qui y participent. La recherche qualitative nous aide à élargir notre vision pour reconnaître les multiples vérités.

À cet effet, nous avons utilisé l'entrevue individuelle semi-directive qui est un outil adéquat pour recueillir les perceptions de l'acteur. « Ce type d'entrevue se prête bien aux recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié » (Mayer *et al.*, 2000, p. 120). Le but de cette technique est d'obtenir des avis, des opinions, des réflexions sur les observations des individus qui sont les experts de leur situation. Cet outil nous permet de mieux cerner le sujet étudié et les facteurs de protections qui y contribuent. L'entretien semi-directif permet aussi au chercheur de capter la réalité comme la perçoivent ou la décrivent les individus avec lesquels il est en contact. Le chercheur tente de comprendre les réalités vécues par ces individus en essayant d'être être l'écoute du sens qu'ils donnent au problème ou au phénomène étudié. Pour bien mener notre recherche, nous avons utilisé deux guides d'entrevue, celui des participants (voir annexe B) et celui des intervenants (voir annexe E), et qui ont permis de préciser à l'avance les thèmes à explorer durant ces entrevues, mais nous avons aussi laissé une certaine souplesse tout en ajustant les questions en fonction de ce qui a émergé durant cette entrevue (Mongeau, 2009). Le guide d'entrevue pour les participants a exploré ces thèmes principaux : leurs parcours migratoires, la conception culturelle de la maladie, le soutien formel et informel.

2.5 ANALYSE DES DONNÉES

Après avoir enregistré nos entrevues, celles-ci ont été retranscrites intégralement dans un fichier Word, afin de rester fidèle au discours des participants. Nous avons attribué un pseudonyme aux participants afin de préserver leur confidentialité.

L'analyse des données consiste à « trouver un sens aux données recueillis et à démontrer comment elles répondent à la question de recherche que le chercheur a formulée progressivement » (Poupart *et al.*, 1997, p.99). Nous avons ensuite procédé à une analyse du contenu, car celle-ci se réfère aux discours des participants (Negura, 2006). Ensuite, nous avons regroupé le contenu selon les thématiques qui ont émergé après une lecture en profondeur des entrevues, comme le soulignent Mucchielli et Paillé (2003), afin de bien comprendre les discours et les points de vue des participants. Cette méthode consiste à codifier les différents paragraphes afin de garder le sens du discours (« unité de sens ») puis regrouper les éléments dans différentes catégories. La prochaine étape a consisté à catégoriser par thème, comme Negura (2006) le suggère. L'analyse thématique a en effet comme but de dégager les éléments sémantiques fondamentaux en les regroupant à l'intérieur des catégories. Cette catégorisation est essentielle, car elle nous a permis d'articuler et comparer les entrevues. Mucchielli et Paillé (2003) dénotent que l'analyse thématique comporte deux fonctions : la première fonction consiste à réécrire les thèmes importants en relation avec les objectifs de la recherche alors que la deuxième fonction concerne la capacité de regrouper les thèmes qui vont ensemble et de faire ressortir les différences ainsi que de créer une vue d'ensemble des grandes thématiques à étudier.

2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Nous avons fourni un formulaire de consentement éclairé expliquant la nature volontaire de la participation des participants (annexe C) et des intervenants (annexe F), le but, nos attentes, les risques et les retombées de cette recherche, de même que les modalités de confidentialité, d'anonymat et de conservation des données. Nous avons parcouru le formulaire avec les participants tout en nous assurant qu'ils l'aient bien compris. Nous avons présenté aux

participants deux copies du formulaire dont nous avons gardé une copie. Nous les avons informés de l'importance que nous accordons à la confidentialité.

L'un des risques réside dans la nature sensible des thèmes évoqués, ceux-ci étant susceptibles de faire ressurgir des malaises ou des inconforts psychologiques. Les participants étaient libres de ne pas répondre à une ou plusieurs questions ou d'interrompre la session. Cependant, le fait de parler des enjeux et des défis qu'ils vivent ou ont vécu a été apprécié par les participants, comme l'ont démontré d'ailleurs plusieurs études. Schrag (2011) mentionne à cet effet que « Committees often imagine that asking people about past trauma will 'retraumatize' them, despite research showing that trauma victims benefit from having the chance to talk ». À la toute fin des entrevues, nous avons remis une liste de ressources des centres communautaires de la ville d'Ottawa pour les participants (voir annexe D).

2.7 LIMITES

Malgré le bien-fondé de cette recherche, elle accuse certaines limites méthodologiques. En raison du temps très limité pour effectuer la recherche, nous n'avons pas pu nous entretenir avec le nombre prévu de participants. De plus, nous avons dû attendre que notre certificat d'éthique soit approuvé, voir annexe G, et cela a grandement retardé notre processus de recrutement. Or, sans chercher à généraliser nos résultats, cette recherche, malgré le petit échantillon sur lequel elle s'appuie, peut informer néanmoins de certaines dynamiques et réalités susceptibles d'être présentes chez bon nombre de personnes immigrantes et francophones vivant à Ottawa, aux prises avec des problèmes de santé mentale.

CHAPITRE 3

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats des entretiens réalisés avec les participants à l'étude. En premier lieu, nous mettrons en relief les catégories qui nous permettent d'explorer les différentes perceptions de la maladie mentale chez les personnes immigrantes lorsqu'elles sont en contexte de recherche de services pour elles-mêmes ou pour un membre de leur famille. Nous ferons également mention des difficultés associées à la maladie et l'accès aux services en santé mentale en français, mais aussi des différents soutiens qui facilitent ou nuisent au bien-être des personnes. En second lieu, nous discuterons des enjeux et des défis identifiés par les intervenants en santé mentale concernant leur pratique en contexte interculturel.

3.1 PORTRAIT DES PARTICIPANTS

Les participants à cette recherche sont au nombre de 4, soit deux hommes et deux femmes. Ils sont âgés entre 50 et 64 ans. Deux participants présentent un diagnostic de santé mentale et deux participants ont des enfants qui présentent un trouble de santé mentale. Ils sont tous des parents francophones habitant dans la région de la capitale (Ottawa). Deux d'entre eux habitent dans des logements sociaux et bénéficient du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées

(POSPH). Un des participants réside dans une maison d'hébergement. Trois participants sont citoyens canadiens et l'autre est demandeur d'asile.

Ali est originaire du Tchad et a immigré vers l'Arabie saoudite où il a passé deux ans de sa vie, puis il a vécu dix ans en Égypte avant de se réfugier au Canada à l'âge de 26 ans. Il est père deux enfants. Il affirme avoir résidé dans toutes les provinces canadiennes, de Montréal à Vancouver. Ali a été diagnostiqué avec un PTSD et une dépression il y a exactement 3 ans.

Amira est veuve, mère de quatre enfants. Elle a été parrainée par son mari. Originaire de la Tunisie, elle est arrivée au Canada en 2000 et a habité dans trois villes différentes au Canada. Amira souffre d'une dépression et de troubles anxieux. Son conjoint a été diagnostiqué bipolaire et schizophrène une première fois, et a ensuite reçu un autre diagnostic de schizophrénie avec personnalités multiples. Deux de ses enfants présentent aussi des troubles mentaux : l'une est diagnostiquée avec une dépression alors que l'autre ne l'est pas encore.

Marina est mariée et mère de 4 enfants. Elle est arrivée au Canada en juillet 2016 pour fuir la persécution dans son pays. Elle originaire du Congo Kinshasa. Elle a rejoint son fils déjà installé au Canada qui souffre d'un trouble de santé mentale; il a été diagnostiqué avec un trouble de schizophrénie au mois d'octobre 2017.

Joseph est veuf et père de 10 enfants. Il est arrivé au Canada en 2013 avec 5 de ses enfants et sa mère. Durant la guerre au Burundi, Joseph s'est réfugié en Tanzanie avec une partie de ses enfants, tandis que 5 ont fui vers l'Afrique du Sud et sont tous installés là-bas. Il est aujourd'hui citoyen canadien. Joseph est originaire du Congo, mais il est né et a grandi au Burundi. Sa fille a

eu un diagnostic en santé mentale au Burundi. Elle a reçu un diagnostic de psychose schizophrène en 2013 après son arrivée au Canada. Elle est aujourd'hui âgée de 31 ans et sous tutelle de son père.

3.2 CONTEXTE DANS LEQUEL SURVIENT UN TROUBLE OU UN DIAGNOSTIC DE SANTÉ MENTALE

3.2.1 Parcours d'immigration et contexte familial

Nous sommes intéressée au contexte plus global dans lequel survient un trouble ou diagnostic de santé mentale. Le parcours d'immigration des participants au Canada permet premièrement de mieux comprendre le contexte plus large dans lequel les troubles mentaux ont pris forme et notamment la place et le rôle joué par la famille. Pour certains, la trajectoire migratoire était volontaire et planifiée, comme dans le cas d'Amira qui est venue dans le cadre du programme de regroupement familial afin de rejoindre son mari déjà installé au Canada :

Je suis venue au Canada... Le premier jour, c'était le 28 janvier 2000. J'étais enceinte avec ma fille, Salma, la plus vieille de quatrième mois. Mon mari était ici depuis les années 80, alors on est venu à Montréal et on a... Après on s'est installé à Toronto. (Amira)

Les autres participants composés de deux hommes et une femme sont tous venus en tant que réfugiés pour des raisons de sécurité, à la recherche de l'asile et de la sécurité au Canada. Ils passent souvent par d'autres pays avant d'arriver au Canada comme le témoigne Ali: « Moi je suis immigrant depuis l'âge de 12 ans [...]. Je suis arrivé au Canada

en 1986 à l'âge de 23 ans en tant que réfugié [...], j'étais deux ans en Arabie Saoudite, puis dix ans en Égypte ».

Comme nous l'a démontré ce participant, les réfugiés peuvent passer par d'autre pays avant d'arriver au Canada; ils sont obligés de quitter leur pays pour chercher refuge dans les pays limitrophes, tandis que certains sont plus chanceux que d'autres en venant directement au Canada de leur pays : ils peuvent néanmoins y résider sans statut, ce qui fragilise leur situation sociale.

Dans tous les cas, la présence de la famille demeure significative dans les récits des participants. La famille est vue comme un atout important, une source de réconfort et de résilience. La famille permet de faire face aux défis et aux obstacles que rencontrent les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Devant les problèmes de santé qu'elles rencontrent, elles mentionnent se tourner vers la famille proche ou éloignée avant le recours aux autres ressources formelles existantes, et ce, même si cette dernière est restée au pays. Fortin (1994) affirme que la famille est un soutien important et un bouclier de protection face aux difficultés quotidiennes. Parmi les participants rencontrés, trois vivent avec leurs enfants, alors que l'autre vit seul, mais il est père de deux enfants. Ces personnes ont tous émigré avec une partie de leur famille, comme le soulignent les témoignages suivants :

Je suis arrivé en 86. Oui c'est juste une petite partie de famille. Mon grand frère est arrivé 6 moi avant nous avec sa femme et ses trois enfants, donc après 6 mois moi je suis venu avec mon petit frère. Donc c'est la même année. Oui oui j'en ai beaucoup de famille. Là là on est arrivé lui avec trois enfants et sa femme, puis moi et mon petit neveu et mon cousin Aarin. (Ali)

Oui, oui. Mon petit-frère était déjà venu ici. Oui, il nous avait précédés 3 ans avant. Et il habite au Gatineau. (Joseph)

3.3 LA RECONNAISSANCE DES SYMPTÔMES ET LES PREMIÈRES RÉACTIONS VIS-À-VIS DE LA MALADIE

Lorsqu'on parle de maladie, les individus ont tendance à parler avec facilité de maux physiques. Il semble en effet plus facile de parler de l'aspect physique plus concret de la maladie; en décrivant une partie de son corps qui fait mal ou en saisissant sur le visage d'une personne la douleur physique qu'elle ressent. Or, définir la maladie mentale est souvent plus complexe et les mots utilisés pour la décrire sont souvent abstraits :

Moi? La maladie mentale... Comment j'imagine? C'est... C'est une déformation des pensées, il ne...Hum, Une déformation aussi des vies, parce qu'on vit autrement et on pense autrement et quand on pense autrement, on ne peut pas vivre... En harmonie. Parce que déjà, c'est dans la tête que ça commence. Oui, c'est ça. (Amira)

Pour moi... Je vois que c'est... Donc, euh... Des régléments, c'est-à-dire donc l'intelligence... Les pensées sont dérégées, oui, [...] (Manira)

La maladie mentale n'est pas évidente à identifier, donc il s'avère souvent difficile pour les personnes de cerner leurs propres maux ou ceux d'un membre de la famille, mais certains signes, changements de comportements ou événements sont associés à des symptômes de troubles mentaux :

Il faut dire, euh... Avant de se marier, il m'a dit qu'il souffre d'un... Il m'a pas dit exactement c'était quoi, exactement, la maladie. Il m'a dit qu'il souffrait de dépression et que, de temps en temps, il prenait des médicaments pour l'aider à dormir [...] Je ne savais pas que c'était bipolaire ou schizophrène. Les symptômes, c'est clair pour moi maintenant. Même, j'ai appris. Lorsqu'il est dans la lune toujours, il écoute des messages...Il écoute beaucoup de musique aussi. Même il me dit : "ça sent très mauvais ici..." Parfois, il me dit qu'il voit de choses que moi, je

vois pas... Il écoute des choses que moi, j'écoute pas. C'est comme ça, vraiment. J'ai compris à chaque fois qu'il est malade avec ces symptômes-là... (Amira)

Chaque naissance de mes enfants j'ai le postpartum [...]. C'est que je me sens très triste et déprimée et je pleure tout le temps. Je vois la vie noire, des idées mauvaises. (Amira)

Certaines situations peuvent être plus difficiles pour les femmes, surtout lorsque ces dernières font face à des difficultés durant la maternité. Une participante avoue avoir souffert de détresse psychologique durant cette période, car son mari aussi souffrait davantage durant cette période. Elle affirme qu'il ne supportait pas le changement. L'un de nos participants dénote que pour lui, reconnaître les symptômes de la maladie n'a pas été facile. C'est durant une intervention avec un intervenant que les choses se sont éclairées :

Quand ça a commencé par des cauchemars, les cauchemars puis tu sais c'est à continuer, mais moi je savais pas je savais pas que j'étais en dépression et tout tout ça là donc j'ai continué la fête [...], j'ai commencé à perdre les pédales [...]. Reconnaître les troubles de santé mentale pour aller se chercher de l'aide est vraiment difficile, les individus ont tendance à ignorer les symptômes. (Ali)

Il ajoute :

Il y a 3 ou 4 ans passés en français j'ai rencontré Chris Dalton puis tout le temps on se donnait je réalise qu'il m'a donné de rendez-vous mais je n'y allais pas puis un jour il est venu pour me demander pourquoi tu ne viens pas au rendez-vous mais je ne peux pas venir je ne dors pas la nuit pourquoi tu ne dors pas la nuit?

Why you don't show up to my appointment. Moi je le dis que je ne dors pas le soir si je n'ai pas mon alcool donc je ne peux pas dormir j'ai beaucoup de cauchemars il m'a dit donc toi tu n'as pas de problème de cauchemar tu n'as pas de problème d'alcool de drogue je te connais mais dis-moi la raison que tu es venu au Canada c'était quoi?

Quand je lui ai expliqué la raison il m'a dit mais c'est ça ton problème c'est PTSD Post-traumatic stress disorder toi tu le couvres avec l'alcool. (Ali)

Comme mentionné ci-dessus, reconnaître les signes d'un trouble mental ne va pas toujours de soi et dans certains cas, la famille associe le changement de comportement en question à un comportement passager et peut être tentée de ne pas agir immédiatement sur les symptômes :

Mon fils ne se lavait, il laissait trainer ses caleçons partout dans la maison. Je savais qu'il était à la maison par son odeur. Mais j'ai toujours refusé de reconnaître qu'il était malade, je disais, pas mon beau garçon [...]. Mes autres enfants me disaient, maman regarde ton fils, il est malade, je disais non, il n'est pas fou. (Manira)

Dans le cas de Manira, la maladie mentale était associée à un ensemble de préjugés et de craintes, considérant « qu'un malade mental, c'est une personne nue et qui est dans la rue ».

Cette conception empreinte de stéréotypes peut alors retarder le moment de réaction face aux symptômes d'un membre de la famille, puisqu'on s'imagine que la maladie mentale n'arrive qu'aux autres et qu'elle est associée à des gens pauvres ou sans éducation, comme l'évoque encore Manira qui ne voulait pas admettre que son fils avait un problème : « Ce n'est pas pour les gens qui sont à l'université, ce sont des gens qui souffrent [...], qui n'ont pas quoi à manger et qui vont dans la rue là tout »!

3.4 LES BARRIÈRES D'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

Les défis que rencontrent les personnes immigrantes atteintes d'un trouble de santé mentale et leur famille peuvent non seulement être une source de stress et de fragilité supplémentaire, mais également devenir des barrières pour avoir recours ou accès aux soins. Ces défis et barrières sont en effet nombreux, surtout dans un contexte francophone minoritaire. L'une des premières barrières évoquées demeure l'absence ou la précarité de statut, qui empêche certaines personnes

d'aller consulter ou qui retarde le moment de le faire, aggravant cependant les symptômes, comme l'évoque cette participante :

On met quelqu'un dans l'impossibilité de savoir le lendemain. [Silence] Alors que quand on vient, on vient des... des... de là ou y'a les troubles, tu te dis finalement je vais me reposer, pouvoir souffler un peu... Mais, tu restes dans le suspense six mois, une année, des années. Ça fait des années que je suis là, mais j'ai pas de statut. (Manira)

3.4.1 Précarité de statut, de logement et en emploi

Outre le statut d'immigration, la quasi-totalité des participants sont bénéficiaires de l'aide sociale ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH Ou ODSP), tandis que l'un d'entre eux ne reçoit aucune aide du gouvernement. Ces personnes vivent ainsi dans l'ensemble dans la précarité. La majorité de mes participants ont parlé à cet effet de la pauvreté comme un étant un autre obstacle au recours ou à l'accessibilité de soins en santé mentale :

Par exemple, même pour les filles, pour les évaluer, même s'il y a beaucoup de gens que je connais, ils évaluent avec leur propre argent. Moi, j'ai pas les moyens alors le pauvre il peut pas faire pour ses enfants, s'il souffre, il va être sur une liste d'attente de deux ou trois ans pour évaluer. (Amira)

En lien avec cette précarité, la stabilité du logement est également évoquée comme une pierre angulaire non seulement pour favoriser une meilleure santé mentale, mais aussi pour faciliter l'accès et le recours aux services. Les déménagements constants des nouveaux arrivants augmentent en effet l'instabilité et la précarité dans lesquelles ils vivent. La majorité des participants disent avoir déménagé plus d'une fois depuis leur arrivée au

Canada, ce qui demeure une source de stress supplémentaire pour les personnes à faible revenu et qui ont un problème de santé mentale ou qui s'occupent de leur proche vivant avec un trouble de santé mentale. Un des participants, qui est dans une maison d'hébergement depuis 6 mois, a déménagé 4 fois en un mois. Souvent, l'insalubrité et le prix des logements dispendieux forcent les personnes à déménager. Selon Joseph : « Quand nous sommes déménagés là, la maison était juste 1450\$. Alors, vous devez utiliser quoi aussi? Le gaz, l'électricité, l'Hydro, l'assurance... Il faut que ça arrive à quoi? 1700 ». Il a fait face à la discrimination que rencontrent souvent les familles immigrantes nombreuses qui veulent louer une maison ou un appartement : « Partout c'était non. Famille, non! Non. Famille? Non. À peu près sept maisons... »

3.4.2 Barrières de langue

L'accès aux services sociaux et de santé a un lien direct avec la langue de communication. La langue peut en effet avoir une incidence sur la qualité de services obtenus, puisque la maîtrise de celle-ci joue un rôle important dans la recherche de soins adéquats. Elle permet de comprendre et de se faire comprendre par le personnel qui offre les services dans les institutions ou les établissements (Hein 2013). L'incompréhension du service offert peut résulter d'une insatisfaction, voire même constituer une source de stress supplémentaire pour les personnes. De plus, la barrière de la langue peut occasionner un mauvais diagnostic. Tous les participants ont eu affaire avec les services de santé afin d'obtenir de l'aide pour leurs proches ou pour eux-mêmes. À Ottawa, les services en santé mentale, comme les autres services en français dans le domaine de la santé, sont plus disponibles en anglais. L'hôpital Montfort est le seul hôpital réputé pour donner des services en français.

Hormis une participante, les autres participants affirment avoir reçu leur diagnostic à l'hôpital Royal, où il n'y pas de services offerts en français. Lorsque les personnes reçoivent leur diagnostic du trouble de santé mentale, elles sont généralement référées à l'hôpital Montfort pour faire les autres suivis. Un seul de mes participants présentant un trouble de santé mental a eu recours à une interprète culturelle durant tout le processus.

Or, pour plusieurs, c'est le fait de ne pas pouvoir recevoir ces services en français à Ottawa qui est perçu comme une barrière majeure. Au dire de Manira : « C'est vrai qu'à Ottawa...On dit que c'est bilingue, mais... C'est en parlant seulement. Ottawa n'est pas bilingue, Ottawa est anglophone. Beaucoup de francophones souffrent à Ottawa parce qu'il y a les gens qui ne savent pas prendre les autres en charge ». Et pour Amira : « Si je choisis en anglais, je suis bien servie. Si je choisis en français, mal servie ». Ces deux participantes francophones révèlent ainsi que la langue fait partie des difficultés auxquelles elles sont confrontées. En effet, selon elles, le stress occasionné par ces difficultés en est venu à aggraver leurs symptômes, voire même à les inciter à baisser les bras.

Quant à Joseph, il est relativement satisfait des services qu'il considère bilingues : « Parce qu'ici à Ottawa, plus ou moins au centre, c'est bilingue [...] ». Toutefois, il affirme que certains services sont seulement anglophones et que dans ce contexte, lorsqu'il a eu besoin d'un autre service en santé pour sa fille, il a constaté que la langue pouvait devenir un obstacle :

Pour aller à l'Hôpital là-bas... Pour la traiter. C'était un hôpital. C'est l'hôpital là-bas. J'ai oublié le nom... et là-bas, il n'y avait pas de quoi... d'interprètes. Il y avait les computers qu'on avait utilisés. Ils parlent en anglais, c'est parce que

là-bas, tout l'hôpital parle en anglais. Même les infirmières. Tout! On parle, moi j'attends en français et je réponds en français et elle me parle en anglais. Oui, c'est quoi... Machine pour interprétation. (Joseph)

3.5 PERCEPTIONS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE

3.5.1 Dans le pays d'origine

Pour plusieurs des participants à cette étude, les premiers contacts avec les services de soins en santé mentale se font au Canada. Cependant, ces participants nous ont décrit les soins offerts dans leur pays d'origine. Dans les pays où la plupart des immigrants arrivent, les soins de santé mentale sont très limités. Certains pays ne disposent que de très peu d'hôpitaux psychiatriques publics. Dans le rapport de l'OMS (2011), on dénote qu'il n'existe aucun système d'orientation pour les patients qui ont un besoin de soins psychiatriques : il y a un manque de personnel formé en santé mentale et les services en santé mentale ne sont habituellement pas offerts dans les hôpitaux de soins primaires.

À Ndjama on a l'un des meilleurs hôpital en Afrique, il y a de de de machines, des instruments, la qui sont là dans 'l'hôpital là mais on n'a pas de médecins [...]. Le médecin, si tu as problème mental. Il faut avoir les moyens, on va t'emmener en Europe c'est ça. (Ali)

Y'a pas vraiment des hôpitaux... Il y a... Eum... Il peut y avoir des hôpitaux, mais les gens sont sous-informés par rapport aux hôpitaux et s'il y en a c'est très loin. Peut-être dans les grandes villes... Et... À des milliers de kilomètres. Et c'est pas tout le monde qui a accès...C'est pas tout le monde qui a accès. Et...Si c'est des milliers de kilomètres, ça prend beaucoup d'argent pour que l'individu rejoigne une équipe pour le soigner et ce n'est pas...C'est pas tout le monde qui a accès à ces soins-là. Non... Pas tout le monde. Et c'est pas tout le monde qui est informé aussi. (Manira)

Pourtant, Manira avance que la prise en charge est différente dans son pays et que les traitements médicaux que les gens reçoivent sont plus adéquats qu'ici : « Mais au niveau de traitement aussi, en Tunisie, peut-être qu'on est un pays du tiers monde, mais on a avancé ».

Même si les ressources physiques sont présentes dans leur pays d'origine, les participants déplorent le coût élevé des services ou l'absence des médecins qualifiés. Certains ignorent même l'existence des services, car selon eux, ces services peuvent se trouver à des milliers de kilomètres de leur domicile. Un des participants ayant eu recours au système médical pour sa fille dit avoir eu le support du UNHCR afin de payer pour l'hospitalisation et l'évaluation de sa fille. Selon Joseph : « Oui, par exemple euh... Les médicaments qu'on lui donne, c'est très cher. (Bruits de sirènes) Seulement, ce qu'on a remarqué, mais qu'on savait pas...Euh, ce qu'on appelle la première qualité, deuxième qualité ».

Lorsque les gens n'ont pas les moyens de payer pour le système médical, ces derniers se tournent vers le système traditionnel qui est moins cher. La prise en charge est différente selon le pays, la culture et les croyances religieuses et peut prendre la forme de marabouts, de féticheurs ou de chamans :

Les marabouts c'est qu'ils font, c'est-à-dire ils font comment on dit ça. Ils se réunissent 4 -5 ils finissent le quraan là de A à Z. en général on fait ça 7 fois. Et puis on te met au milieu là quand ils font les prières là, ils lisent le quraan et tout ça, quand ils finissent, ils vont prier pour toi là et puis ils font ça (Semblant de cracher) ils crachent là, vraiment surtout parce que leur crachat est béni. (Ali)

Ça c'est si tu es chanceux, c'est des gens qui ont un peu d'argent mais sinon il faut être attaché. (Ali)

Au dire de Manira, elle considère également que lorsque le système médical n'est pas disponible, les individus, surtout la famille, se tournent vers ce qu'ils connaissent le mieux :

Ils peuvent aller vivre chez un guérisseur, car on dit que c'est lui qui va vraiment les soigner...Parce que chez nous y'a pas de docteurs pour les soigner, y'a pas d'hôpitaux pour les soigner. Il y a que les guérisseurs parce qu'on croit que ce sont les mauvais esprits, on croit que c'est la sorcellerie, on croit que c'est...C'est... C'est de la magie qui est attachée à ce comportement-là.
(Manira)

La croyance au monde mystique est imprégnée dans certaines cultures. Lorsque la maladie mentale est incomprise, les individus font référence à leurs croyances culturelles pour pouvoir la définir ou donner un nom à ce mal mystère. Ces individus donnent à un sens à leur détresse psychologique afin de chercher l'aide et les ressources nécessaires.

3.5.2 Dans le pays d'accueil

Au Canada, on ne peut pas soigner une personne contre son gré. Le Canada est reconnu par les participants comme un pays qui respecte les droits de la personne. Or, si les participants soulignent les limites et les lacunes des soins psychiatriques offerts dans leur pays d'accueil, ils mentionnent également avoir dû composer avec différents enjeux et lacunes au niveau de la prise en charge. Amira raconte par exemple avoir fait face, pour son mari et ses filles, à de multiples diagnostics et tentatives au niveau de la médication. Elle considère qu'il n'avait pas été correctement évalué et suivi et que ces lacunes ont entraîné plusieurs conséquences au niveau financier :

Peut-être qu'au niveau des médicaments ici, c'est avancé ici. Mieux ici. Mais, donnez-moi quelqu'un qui est spécialiste qui peut donner du médicament parce qu'avant, même pour mes filles, on a essayé des dizaines ou peut-être 10 pour chacun... Beaucoup de médicaments ont passé. Il ne te donne pas le médicament qui est bien [...]. Il a été le premier évalué comme malade bipolaire. Il a pris beaucoup de poids à cause de ces médicaments-là et ça n'a rien aidé. Chaque 6-7 mois, il tombait malade à cause des médicaments, mais il n'était pas bien évalué... Au niveau de sa maladie... À chaque fois on déménage on est beaucoup de problèmes au niveau de sa santé parce que lorsqu'il est malade, par exemple, il paye pas le loyer, il prend beaucoup de dettes. (Amira)

Amira ajoute qu'après un épisode « agressif », son mari a dû être hospitalisé pour recevoir de l'aide et se faire rediagnostiquer : « Le nouveau psychiatre a dit qu'il avait la schizophrénie multipersonnalité ». L'une de ses filles, Sara, quant à elle, a aussi reçu plusieurs diagnostics différents, car elle subissait des difficultés à l'école : « Alors qu'était intimidée par des élèves et avait eu des idées suicidaires. On en a eu un et chaque fois, il donne un diagnostic différent... parfois autiste, parfois trouble sévère ou anxiété... ». Pour sa fille Jasmine, elle a reçu un diagnostic de troubles de comportement et Amira avoue que son enfant « a fait beaucoup de tentatives de suicide ». La participante a ainsi fait face à toutes les difficultés liées aux différentes évaluations effectuées auprès de sa famille.

Parfois, en raison de troubles de santé mentale non soignés ou mal diagnostiqués, certaines personnes se retrouvent également dans la rue ou sont souvent hospitalisées durant des épisodes de crises. Ali témoigne que : « Parce que moi dans ce temps-là j'étais homeless plusieurs fois j'étais dans la rue, mais j'ai dormi dans les -20 -40 dans la rue à Ottawa ». Du côté de Manira, elle nous dit : « Parce qu'il y a le temps où il ne voulait plus nous sentir à la maison, car il croyait qu'on était tous son ennemi. Il est parti vivre dans la rue ».

Joseph admet également que sa fille s'est fait hospitaliser à plusieurs reprises avant de se faire réévaluer à l'hôpital Royal. Il ajoute que sa fille s'est enfuie plusieurs fois de la maison et qu'il a dû recourir à l'aide de la police pour la retrouver : « Elle était partie dans un milieu inconnu. Quand je suis revenu à l'école, on a appelé la police ». Il ajoute aussi qu'elle a essayé de se suicider : « Et on vivait juste au 7e étage, et elle, elle voulait quand même descendre et se jeter par terre ».

Ainsi, ces participants ont tous dû composer avec les difficultés résultant de la prise en charge de la maladie, menant les familles à connaître un bon nombre d'épreuves autant relationnelles que financières. Bien que les participants admettent que le système de soins canadien paraisse d'emblée plus moderne et organisé, ils soulignent néanmoins diverses lacunes auxquelles ils ont été confrontés. En tant qu'immigrants, ils ont perçu ces épreuves comme des difficultés et obstacles supplémentaires pouvant freiner leur intégration sociale.

La majorité des participants affirme avoir reçu un soutien formel, que ce soit l'aide d'une travailleuse sociale, d'un docteur de famille ou d'une infirmière. Ce réseau formel leur a permis de bénéficier des ressources et des aides existant dans la société d'accueil. Grâce à ce réseau, ils ont pu bénéficier d'un accompagnement pour des services adéquats et adaptés à leur situation, que ce soit pour eux ou pour les membres de leur famille qui souffrent de problèmes de santé mentale. Certains, comme Ali, expriment leur satisfaction du soutien qu'ils ont reçus : « Le système du gouvernement ici, les travailleurs sociaux communautaire [...]. Chris Dalton, Frère celui qui m'a réveillé. Moi je savais même pas que j'avais ce problème ».

Ces deux autres participants vont dans le même sens quant à l'accompagnement qu'ils ont reçu :

Bon, souvent... Chaque fois qu'on se présente à l'hôpital, l'association là [...]. Tout d'abord, on a suivi les conseils... Deux, je peux dire aussi qu'elle aide à donner aussi des... Des habits. Quand ils ont jeté, ils emmènent des souliers, habits et tout ça. Oui. (Joseph)

C'est une personne spécialisée en maladie mentale. Mais, c'est comme une infirmière [...]. Oui! J'ai apprécié. J'ai apprécié parce que la dame, elle nous suivait partout. Oui, elle nous suivait partout. Partout, les rendez-vous on était avec elle. Quand mon fils piquait des crises, je l'appelais et elle me soutenait. (Manira)

Une de mes participantes, Amira, était plutôt ambivalente envers sa satisfaction des services reçus avec les travailleurs sociaux, surtout lorsque l'aide était intrusive. Elle a ainsi exprimé avoir reçu l'aide des travailleuses sociales pour ses enfants. Selon ses affirmations : « Oui, avant, il y en avait une qui venait chez moi... J'ai pas aimé ça. Tu passes des heures et ils te parlent, te parlent et te parlent. C'est pas des bons conseils ».

En outre, ce réseau formel peut aussi s'avérer une source de stress, surtout lorsque les services d'aide à l'enfance s'impliquent dans la vie des individus. Cette participante a vécu une mauvaise expérience avec ces services qui sont intervenus au cours d'un épisode d'agressivité de la part de son mari. Ils lui ont alors imposé des conditions rigides tout en lui enlevant la garde de sa fille.

3.6 SUPPORTS ET SOUTIENS INFORMELS

D'une part, le trouble de santé mentale qui les affecte est un stigmate et porte son lot de préjugés qui empêchent les personnes de s'ouvrir aux autres ; c'est un fardeau et une étiquette. D'autre part, ces personnes déménagent fréquemment et elles n'ont pas le temps de s'enraciner dans le tissu social du quartier afin de connaître d'autres personnes qui peuvent les aider.

Le réseau social des immigrants change avec l'immigration : l'arrivée dans un nouveau pays fait en sorte que ces personnes ont perdu leur repère et leur réseau de supports, puisqu'ils se retrouvent souvent séparés de leurs familles. Ces personnes doivent s'habituer à une nouvelle vie; elles doivent se reconstruire un nouveau réseau social, apprendre ou découvrir des nouvelles institutions, se trouver des emplois afin d'obtenir une situation stable, mais aussi apprendre une nouvelle culture, une nouvelle langue et composer avec un climat différent de celui de leur pays. En outre, la désaffiliation ou l'insuffisance du soutien social développe le risque de ne pas avoir de support dans les épreuves et situations difficiles, notamment lors de détresse psychologique ou émotionnelle. Le manque de réseau social entraîne souvent une mauvaise gestion de la problématique stressante et diminue l'accès aux ressources qui permettent d'apporter des solutions nécessaires pour gérer cette situation (Bouchard *et al.*, 2006; Fenta *et al.*, 2005). Certains participants comme Amira considèrent d'ailleurs que le soutien familial, en étant plus fort dans leur pays d'origine, permet davantage de faire face à la maladie mentale, et ce, malgré les lacunes du système de soins : « En Tunisie, c'est mieux traité qu'ici. Peut-être l'avantage de là-bas, c'est la famille. Tu peux t'encadrer, te supportes. Ici, tu es seul [...]. Il faut avoir un soutien. Un soutien familial, des amis et surtout un soutien au niveau de la santé aussi ».

La famille peut donc potentiellement exercer une forte influence sur le bien-être et la santé des personnes vivant des difficultés psychologiques. Or, dans certains cas, l'entourage familial peut aussi être une source de stress supplémentaire. Parmi les témoignages que nous avons récoltés, deux participantes font état des mauvaises interactions qu'elles ont eues avec leur famille qui ont entraîné des déceptions ou des amertumes. Pour Manira, elle a senti que la famille a rejeté son fils par rapport à sa maladie :

La famille? Je n'en avais même pas parlé à la famille qui est restée au pays parce qu'ils ne pouvaient pas comprendre ce que je suis en train de vivre ici [...]. Ma famille? Ses frères, même son père, il est rejeté. Il ne voulait même pas de lui et il me disait chaque fois: « C'est fini. Pour lui, c'est fini. Y'aura pas plus rien. Oublie-le ». Même ses frères, ses petits frères, disaient « maman, est-ce que tu peux oublier ce monsieur-là? Oublie-le, c'est fini, car ça ne se guérira jamais ».

Outre la famille, et surtout lorsque celle-ci est absente, l'appartenance à un groupe permet aux immigrants de pouvoir tisser des liens d'amitié et offre du soutien lorsqu'ils sont confrontés à des épreuves. Toutefois, certains participants affirment ne pas pouvoir compter sur aucune aide immédiate à part les aides institutionnelles. Ils mentionnent notamment l'absence d'amis et de soutien de la part de leur groupe d'appartenance culturelle :

Moi, j'ai pas trouvé le soutien comme immigrante. Je suis immigrante, pas de la famille. J'ai de la famille du mari, mais ils sont très méchants avec moi. On est éloigné, car ils m'ont fait beaucoup de mal à moi et tout. J'ai ma sœur qui est divorcée et elle est à Montréal, elle vit loin d'ici. Alors, je me trouve seule. À chaque fois que je trouve des amies, il n'y a pas de vrais amis ici. Voyez, c'est services et services et camaraderie après, c'est tout. (Manira)

Si tu veux la vérité, moi les Tchadiens, je les rencontre quand je vais au Tchad en vacances. Ici moi je n'ai pas le temps. (Ali)

Non les amis ne veulent pas me voir. (Manira)

Ces participants vivent ainsi une sensation de méfiance, de rejet. Elles se sentent « éloigné[es], car ils m'ont fait beaucoup de mal » ou « ne veulent plus venir me voir ».

Joseph partage aussi le même sentiment que les autres par rapport à l'absence d'appartenance à un groupe ou à une communauté : « La communauté ici, c'était très minime. Pour questions de maladies et autres choses, on ne se charge pas de ça ».

Dans ces témoignages le manque de soutien social développe chez la participante un manque de support et d'appartenance à un réseau social qui peut avoir une influence sur leur santé. Outre la famille et les amis, la majorité de mes participants disent n'avoir reçu aucune aide de leur communauté religieuse en particulier. Deux participants ont exprimé leur ressentiment en ce qui concerne la demande d'aide qu'ils ont faite auprès de leur communauté.

Non, non, j'ai réussi du soutien. J'ai pas réussi. (Manira)

Moi, je vois les mosquées comme c'est un business [...]. On a une mauvaise expérience avec ces mosquées-là. (Amira)

À la mosquée, j'ai demandé à quelqu'un une fois là c'est c'était la mosquée comment on appelle ça, la mosquée Scott. J'ai demandé un monsieur puis que comment on est des musulmans, il des problèmes mentaux, il y a des alcooliques, il y a des drogues c'est-à-dire dans il y a une partie qui devrait dire que ce monde-là, ils ont besoin d'aide.

Là il m'a dit, un responsable, mais non, mais non. C'est quoi l'affaire la, tu sais que c'est interdit, tu es dans l'alcool, tu es dans la drogue tu vas en enfer.

Mais j'ai dit il y a une raison, il y a une base sur ça là, il y a une raison, ce n'est pas quelqu'un qui va partir comme ça, dans ça là. Il y a pas d'aide dans notre communauté musulmane la, il y a pas d'aide. (Ali)

Malheureusement Joseph, de son côté, n'a pas reçu du soutien de son groupe religieux pour la maladie de sa fille :« Pas du tout. Bien, c'est l'église que nous avons fondée nous-mêmes... C'est une église qui était très...Quoi? Qui était très minime ».

Ainsi, les participants admettent qu'il est très difficile d'obtenir de l'aide dans la communauté religieuse à laquelle ils appartiennent. Ils admettent que ces personnes ne sont pas là pour les aider, mais qu'ils ont aussi été jugés sur les comportements. Ils ont ressenti du rejet et de la discrimination, ce qui a souvent pour conséquence de cacher la personne ou de se cacher des autres.

3.6.1 Préjugés et stigmatisation

Les immigrants sont aussi parfois victimes de discrimination, de stigmatisation, des préjugés et des stéréotypes, et le fait de souffrir d'un trouble de santé mentale peut renforcer ou aggraver ces formes de violence. Dans son ouvrage intitulé *Stigmaté* (1975), Goffman dénote que les individus présentant un attribut discréditant se sentent obligés de surveiller et de contrôler l'impression qu'ils dégagent devant les autres. Plusieurs participants reconnaissent qu'il leur est difficile de divulguer leur maladie aux autres de peur de se faire étiqueter ou se faire juger :

C'est pas facile... C'est pas facile de parler, c'est... Moi, personnellement, je le dis pas à n'importe qui. Juste les gens qui... Euh... Peut-être les gens qui peuvent m'aider ou qui peuvent se sentir proches... Mais je ne le dis pas à n'importe qui. (Amira)

C'est un sujet tabou. C'est... La maladie mentale, chez nous, on... On la voit, on la remarque seulement quand il y a une personne dans la rue qui s'est déshabillée... Qui ne fait plus ses cheveux, qui n'a plus ses souliers dans les pieds, c'est comme ça qu'on sait que quelqu'un est malade. (...) c'est un tabou parce que toi-même tu te dis que si ton fils ou ta fille fait quelque chose, les gens vont peut-être se moquer de moi. (Manira)

Manira mentionne avoir également perdu ses amies en raison de la maladie de son fils et des préjugés associés à cette maladie : « J'ai perdu des amies parce qu'ils ne voulaient plus venir chez moi à cause la maladie de mon fils. Ils ont dit qu'ils avaient peur que mon fils les frappe ».

Face aux préjugés et aux conséquences qui en découlent (isolement social, humiliation, etc.), les personnes ou l'entourage de ces personnes vont tenter de contrôler l'information sur leur santé ou celle de leur proche de peur d'être jugés, stigmatisés ou rejetés par les autres. Ils doivent cacher leur détresse psychologique afin de paraître *normal* devant les autres, comme au dire d'Ali : « Ah mais c'est ça comme je te le dis là, tu es fou là-bas là, on t'attache hein là-bas la tout tout ».

Ce même participant compare une personne atteinte de santé mentale à un handicapé. Il y fait référence parce que ces personnes ne sont pas prises en charge et sont stigmatisées et rejetées par leur famille et leur communauté. Ces personnes ont peur des regards des autres et du questionnement des autres. Lorsque les individus sont confrontés à une personne qui n'agit pas comme les autres personnes dites « *normales* », ils doivent savoir le pourquoi et le comment de ce comportement afin de la classer dans une catégorie et de l'ignorer. Joseph affirme par exemple que les gens sont surpris de voir que sa fille reste dans son coin

lorsqu'ils sont à l'église. Il se fait également interroger sur le comportement passif de sa fille lors de la messe. Il ajoute qu'il les informe sur l'état de santé de sa fille : « Parce que souvent, quand on est à l'église, on lui demande souvent. Parce qu'elle reste souvent isolée, même derrière là-bas. "Pourquoi tu veux pas chanter? Pourquoi tu restes isolée? Pourquoi?" Et elle bouge comme ça, elle bouge la tête seulement ».

3.7 LE TRAVAIL SOCIAL EN SANTÉ MENTALE : LES DÉFIS DE LA PRATIQUE EN CONTEXTE INTERCULTUREL

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons interviewé deux travailleurs sociaux professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé mentale à Ottawa et interviennent auprès d'une clientèle francophone et multiculturelle.

Françoise travaille comme intervenante en santé mentale dans une clinique familiale depuis 7 ans, au sein d'une équipe composée d'infirmières praticiennes et de médecins de famille. Ses clients lui sont référés par les médecins et ne doivent être que ceux de la clinique médicale. Elle travaille auprès d'une population très diversifiée. Elle est caucasienne d'origine canadienne et est travailleuse sociale depuis 23 ans.

David est un intervenant d'origine haïtienne, né et ayant grandi au Canada. David a commencé sa pratique au sein d'un centre communautaire dans la ville d'Ottawa. Il fait du counseling avec les clients du centre.

Ce chapitre vise à dresser un portrait global de leurs interventions et des défis spécifiques qu'ils rencontrent dans le cadre de leur travail auprès des populations immigrantes. Même si ces intervenants sont imprégnés de la culture canadienne, soit par leur formation ou par leur adhésion professionnelle, leur origine ethnique différente peut apporter un regard ou une manière différente d'approcher les individus qu'ils rencontrent au quotidien. De plus, l'analyse des points de vue des intervenants pourraient constituer un apport à la réflexion au regard que porte chacun sur sa pratique, son histoire, sa culture et l'influence que ces derniers peuvent apporter aux pratiques innovantes.

3.7.1 Expériences et enjeux particuliers avec les populations immigrantes

Quelles que soient les populations, les intervenants rencontrent plusieurs problématiques similaires. Par exemple, pour Françoise : « Moi ce que je vois le plus ici c'est dépression et anxiété. Anxiété primaire puis dépression secondaire. Il y a des deuils, je vois des deuils, aussi de la violence conjugale. Oui alors ce sont les principales problématiques que je vois ».

Toutefois, les intervenants affirment tous les deux travailler auprès d'une clientèle diversifiée.

David admet travailler auprès des personnes présentant différentes problématiques, mais comme il est le seul intervenant à faire le counseling au centre, il travaille de plus près avec la population immigrante présentant des troubles de santé mentale.

Françoise ajoute qu'elle rencontre plus la gent féminine que la gent masculine. Elle affirme que les hommes immigrants ont moins tendance à venir consulter :

Je vois des femmes du Moyen-Orient, victimes de violence conjugale aussi. Ça c'est toute la clientèle que j'ai.... Je vois plus de femmes immigrantes que d'hommes parce que déjà en général les femmes sont plus en mesure de s'ouvrir, de demander de l'aide. C'est pas souvent que je vois un homme. Par le temps que je vois un homme immigrant c'est qu'il en arrache vraiment.

L'expérience de travail auprès des communautés immigrantes apporte son lot de richesse en termes d'apprentissage, mais aussi son lot de défis. Les intervenants ont en effet reconnu rencontrer diverses problématiques durant leurs interventions auprès de la population immigrante.

3.7.2. Défis liés à la non reconnaissance de la maladie

L'un des premiers défis soulignés réside dans l'idée que les personnes immigrantes ont souvent tendance à ignorer les symptômes de la maladie ou celles de leurs proches. Bien souvent, ils auront tendance à somatiser leur souffrance, c'est-à-dire à exprimer leur souffrance de manière physique et non psychologique, comme le témoignage Françoise : « Chez certaines femmes maghrébines qui ont très peu de pouvoir, qui ont pas ces capacités-là de s'exprimer, de s'affirmer, ça va plus sortir en douleur corporelle. Des fois un des obstacles c'est les mots, c'est de trouver les mots pour exprimer la souffrance ».

David a lui aussi vécu des expériences de déni de la maladie mentale auprès des personnes qu'il aide, notamment en raison des tabous qui entourent la maladie mentale. Par exemple,

pour certaines communautés, la maladie mentale est interprétée de manière métaphysique, sous l'angle de la magie (sorcellerie et sorts) :

Quand il s'agit de la communauté immigrante, c'est beaucoup plus dur que... Eum... C'est très tabou. J'ai quelques clients qui viennent du même pays que moi. À cause que la santé mentale, c'est de la sorcellerie... Ces personnes-là sont très vulnérables et isolées. S'ils parlent à d'autres personnes, ils vont dire que c'est de la sorcellerie. C'est quelqu'un qui lui a lancé un sort. Même eux-mêmes, ils vont penser que c'est quelqu'un qui lui a lancé un sort, que c'est la faute de quelqu'un... C'est jamais une cause naturelle. (David)

Dans le cas où les personnes refusent de consulter, les intervenants sont appelés à travailler de près avec la famille ou des membres proches :

Ce sont les clientèles immigrantes que je vois ici ou les membres de famille. Mettons j'ai une cliente du Sénégal dont le fils est schizophrène mais je vois pas des fois la personne avec le trouble de santé mentale parce que cette personne-là ne veut pas consulter, alors je vois les membres de famille. (Françoise)

Selon les intervenants rencontrés, lorsque les personnes n'arrivent pas à mettre des mots sur la détresse ou le désordre émotionnel qu'ils ressentent ou ne peuvent exprimer leurs maux dans les mêmes mots que le système de référence biomédical et occidental, les professionnels de la santé peuvent avoir tendance à émettre des mauvais diagnostics et de médicamenteux la personne en conséquence, alors que cette dernière souffre plutôt d'épreuves liées à la vie quotidienne :

Tu sais elle je pense qu'elle était venue pour dépression mais elle a pas une dépression pantoute "c'est mon mari il a fait un enfant avec une autre femme et il veut pas revenir à la maison". C'est vrai que c'est déprimant mais il y a bien

d'autre chose que la dépression. Mais tu sais dans le système médical on simplifie les choses en collant des diagnostics. (Françoise)

Françoise a aussi remarqué la même chose auprès d'une autre personne qu'elle a aidée.

Le médecin a dit que c'était une dépression, mais elle son formulaire disait culpabilité d'être ici tandis que ma famille est en Haïti, les médecins avaient dit dépression, c'est fascinant. Alors c'est pour ça qu'on veut aller plus vers la perception du client plutôt que celle du système médical. (Françoise)

David, lui, fait référence à la barrière linguistique pour expliquer le mauvais diagnostic de ses clients :

Des fois, le manque d'information et le manque de connaissance vont faire que même aller demander à leur docteur ou à leur médecin... Barrière de langue, eum... Ça va faire qu'ils parlent nécessairement... Qu'ils n'expliquent pas bien leurs symptômes fait qu'ils sont diagnostiqués avec quelque chose d'autre qu'ils ont vraiment. Les médicaments aussi, ils vont arrêter de les prendre, mais ils vont pas communiquer avec personne. Fais que, ça, c'est une chose que je remarque. (David)

3.7.3 Stigmatisation et isolement social

Il est difficile d'ignorer la stigmatisation de la santé mentale et ses conséquences sur les personnes. Les intervenants ont tous les deux reconnu que les communautés immigrantes rencontrent ce défi. Françoise affirme que le tabou et le sentiment de honte entourent davantage la maladie mentale dans certaines cultures :

Il y a une honte, si je pense notamment au jeune homme africain avec la schizophrénie il a des réactions initiales de honte ou de se blâmer. [...] Il faut

que je rassure plus souvent sur la confidentialité, la peur que ce soit utilisé contre eux autres. Il y a une cliente haïtienne qui avait peur que si elle consultait ici elle pourrait avoir de la misère à décrocher un emploi, que ça jouerait contre elle. (Françoise)

David reconnaît que si l'acceptation de la maladie mentale est difficile pour tous, il observe que chez les personnes immigrantes qu'il rencontre, cette difficulté semble être davantage présente : « D'avouer que c'est un trouble mental que j'ai et qui va me suivre pour le reste de ma vie, je pense que c'est dur pour n'importe qui à accepter, mais c'est encore plus dur pour les immigrants que j'ai eu à côtoyer ».

La stigmatisation venant des autres est d'autant plus difficile pour les personnes immigrantes présentant un trouble de santé mentale que plusieurs d'entre elles auront peur d'aller consulter et peuvent souffrir longtemps en silence, sans chercher à en parler :

Mais ouais... Mais ça veut dire... Est-ce que les gens... Dépendamment de comment tu as été éduqué comme chez l'immigrant [sic] par exemple, il y a certaines choses dont on va pas parler. Tu gardes ça... On ne va pas dire à un étranger que tu entends des voix... Non! Tu gardes ça pour toi. Et tu souffres en silence, et ça devient de pire en pire. (Françoise)

La crainte des personnes immigrantes d'aller consulter un professionnel de la santé vient souvent de la peur d'être jugée négativement. Cette stigmatisation résulte aussi des professionnels de la santé qui, malgré leur degré d'exposition à d'autres cultures, peuvent juger les croyances des personnes ou celles de la famille, ou ne pas prendre en compte leur point de vue comme le souligne Françoise à propos d'un entretien entre la mère d'un patient et un médecin :

La mère est venue le lendemain, elle a pris un rendez-vous d'urgence puis pour lui parler des développements puis elle lui dit aussi j'ai décidé de faire venir quelqu'un de ma communauté pour venir purifier les esprits, les anxiétés dans ma maison, j'ai l'impression que ça va vraiment aider. Puis quand que le médecin m'a parlé de ça en se roulant les yeux, un peu dénigrant. (Françoise)

Plutôt que d'affirmer que les causes de la maladie mentale sont strictement biologiques, les intervenants reconnaissent que les personnes immigrantes ont tendance à souffrir de troubles de santé mentale en raison des multiples difficultés qu'ils rencontrent dans leur parcours d'immigration. David affirme à cet égard que « c'est jamais une cause naturelle, le pourquoi de ce qu'ils vivent ». Françoise aussi reconnaît cette prévalence qui est souvent expliquée par le défi lié à « l'immigration » ou les obstacles pour trouver « un emploi ».

Ils constatent que les difficultés d'intégration dans la société, dues au manque de capital social, peuvent aggraver leur vulnérabilité sociale. Souvent, l'absence de soutien dans leur communauté les isole davantage, comme l'affirme David également : « Oui, le fait qu'ils sont plus vulnérables à cause du côté culturel où c'est moins acception donc ils ont moins de support de la famille. [...] Donc ils sont isolés dans la communauté ».

3.7.4 L'intervention en contexte interculturel : limites personnelles et conseils

Les intervenants ont tous reconnu faire face à des limites soit personnelles soit structurelles ou à des lacunes liées à la formation interculturelle des intervenants en santé mentale en contexte d'immigration.

L'une des difficultés rencontrées demeure la reconnaissance des autres croyances que celles qui prévalent dans la société canadienne. Françoise reconnaît qu'elle n'adhère pas toujours aux croyances des autres :

Je crois que les autres ont la croyance mais j'achète pas forcément les mêmes croyances là. Mettons je vois beaucoup de gens pour, il y a de gens qui vont dire qui croient en rien, quand quelqu'un est mort il est mort, il y a plus rien. Bon je peux voir que eux ils croient ça mais c'est pas ma croyance. (Françoise)

Pourtant, lorsque que ses clients viennent la voir, Françoise admet valider la croyance de l'autre, en ne cherchant pas à interdire certaines actions liées à cette croyance, tout en les avertissant contre de potentiels charlatans : « Mais aussi s'ils voulaient faire venir quelqu'un de la communauté culturelle pour purifier moi j'appuie complètement ça. Il y a des fois des endeuillés qui veulent aller parler à une voyante, je leur dis faites attention il y a des charlatans mais il y en des très bons ».

David, lui, laisse les gens s'exprimer sur leurs croyances afin de faciliter les interactions et leur échange :

J'ai une cliente eum... Oui. Elle, c'est comme tout le monde veut la tuer, tout le monde est après elle. Si quelqu'un ouvre la porte, elle va dire que la personne essaye de l'espionner. Elle pense que ça vient de son mari, donc quelqu'un lui a lancé un sort pour que sa vie soit misérable. Fait que ça, c'est très culturel. Elle vient du même pays que moi. Dans notre pays, la santé mentale on dit qu'automatiquement quelqu'un lui a lancé un sort. (David)

Pour Françoise, d'origine canadienne, accepter la place de la religion dans la vie de ses clientes demeure un défi ou une barrière personnelle : « Puis une de mes limites c'est des

fois j'ai de la misère avec à quelle point la religion peut être hyper présente chez certaines de mes clientes. Tsé quand ils disent si Dieu le veut, c'est la volonté de Dieu, je sens chez moi qu'il y a cette réticence-là ».

Françoise affirme aussi qu'elle demeure réticente à l'idée d'intégrer des médiateurs culturels dans sa pratique, de peur qu'on pense qu'elle adhère entièrement à la culture de l'autre : « J'ai peur que mes médiateurs culturels pensent que je ne vois que leur culture, lorsque je m'adresse à eux » Elle ajoute que les personnes immigrantes doivent aussi accepter et apprendre sur sa culture :

Parce que je suis blanche, de l'une des cultures fondatrices du Canada, certains clients projettent que je n'ai pas de vécu, que je n'en ai pas arraché. Ce qui est faux. Il m'arrive parfois de souhaiter qu'une personne immigrante puisse prendre intérêt dans ma culture aussi, pour s'intéresser à certaines perspectives de l'une des cultures fondatrices du Canada ». (Françoise)

David, quant à lui, admet ne pas trop rencontrer de limites personnelles quant aux croyances des autres. Toutefois, il constate que les limites viennent parfois des personnes qui résistent à l'idée d'aller chercher l'aide de l'autre. Dans ce cas, il dit devoir être patient et surtout se montrer ouvert :

Oui... Eum, limites c'est eux... Je peux pas vouloir plus que le client. Fais qu'il y a ça, comme limite. Je peux pas forcer le client non plus. Je peux pas forcer la personne à aller chercher de l'aider ou aller chercher des médicaments. (...) Même si je fais plusieurs démarches, si la personne refuse. (...) Je pense que... Oui, c'est important. Eum... Parce que dans le domaine qu'on est, des fois on veut plus que la personne pis ça peut être eum... Problématique parce que je dis que n'importe quel changement que tu veux que quelqu'un fasse, si ça vient pas de la personne... Ça va pas durer. C'est la personne qui doit vraiment vouloir changer et améliorer sa situation. Si toi tu veux plus que la personne et tu pousses et pousses, la personne peut juste

arrêter de venir te voir et s'isoler dans son coin. Si tu montres que tu es là pour aider et que tu es plus ouvert, au moins tu as plus de chance de changer de... de mettre un grain de sel pour que les choses puissent changer. Eum, des fois ça fonctionne pas, des fois ça fonctionne un tout petit peu, (...). David)

Intervenir auprès des personnes immigrantes exige des intervenants un travail de distanciation, de recul, pour pouvoir travailler sur ses propres biais et d'en être conscient, comme le souligne Françoise :

Oui, d'aller se former parce que moi je te dis ça l'existait pas dans ce temps-là, d'être conscient de ses propres biais puis de faire une pratique de pleine conscience pour être capable de voir ses pensées avec un petit peu plus de détachement. Ouais apprendre des clichés puis les reconnaître. (Françoise)

Toutefois, Françoise considère qu'il vaut mieux axer son intervention sur les similarités, sur une « commune humanité », plutôt que d'accentuer les « différences » :

Mais aussi ce que je recommanderais c'est l'approche acte est basée sur la compassion, beaucoup, puis sans vouloir nier les différences mais voir qu'on est, il y a un concept qui s'appelle « common humanity », qu'on est dans le même bateau. Tsé dans le sens qu'on va vivre des mêmes similaires dans notre vie tsé, je veux pas nier nos différences mais j'aimerais ça voir qu'on est plus liés que séparés. Des fois je vais dire aux clients « your mind is a lot like my mind », tsé quand ils vont s'attendre au pire et puis juste normaliser (...). (Françoise)

De manière similaire, David constate qu'il faut déconstruire la maladie mentale, montrer que les troubles de santé mentale peuvent être vécus par tout le monde : « Ouais, pis d'être ouvert et de voir qu'un trouble de santé mentale, tout le monde peut en vivre. C'est pas quelque chose qui est unique ou rare. Eum... Ils devraient aussi connaître ses propres limites ».

Au-delà du savoir-être, les intervenants constatent que la formation interculturelle est nécessaire dans le champ de la santé mentale afin d'aider les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, comme l'exprime Françoise :

L'interculturel devrait être un cours obligatoire pour tout professionnel de la santé. Le champ de recherche et d'interventions en santé mentale en contexte multiculturel devient de plus en plus complexe et diversifié. Il est important de considérer les approches et mobiliser des professionnelles de toutes formations et de toutes ethnies. Les souffrances vécues par les personnes et les familles venant des différents pays questionnent non seulement la pratique des professionnels, mais aussi tenir compte de la diversité de la population et des conceptions de la maladie mentale qui diffèrent d'un pays à l'autre. (Françoise)

De plus, les intervenants constatent qu'il manque de ressources disponibles pour les personnes immigrantes, notamment en français, à Ottawa.

Essayer de trouver des ressources, ça peut être compliqué. Surtout si c'est en français. Peut-être qu'avoir à l'avance quelques idées et quelques ressources qu'on sait qui existe déjà... Quand certaines situations arrivent, on n'est pas pris au dépourvu parce que sinon c'est beaucoup plus compliqué de trouver... Surtout en français, c'est très rare. (Françoise)

David suggère notamment qu'il puisse y avoir des médiateurs culturels, soit des personnes qui connaissent et comprennent la langue et la culture de l'autre et puissent les accompagner lors de leur trajectoire de soins : « Développer quelque chose pour les nouveaux arrivants pour pouvoir trouver de l'aide à ce niveau-là et avec quelqu'un qui parle la langue et comprend la culture... Qui comprend les croyances qu'ils auraient face à ce qu'ils vivent et comment mettre ensemble tout ça ».

David affirme utiliser l'approche TCC Thérapie Cognitivo- comportementale (CBT). Elle a pour objectif d'apporter un changement à un comportement jugé dérangeant ou déviant pour le bien-être de la personne. Les thérapeutes qui se servent de cette approche misent sur un reconditionnement de la pensée et de certains comportements afin d'améliorer la vie de la personne. Cette approche est utilisée à court terme avec des objectifs et se concentre sur les défis quotidiens de la personne pour l'aider à saisir ses problèmes et à expliquer les perceptions des choses.⁴

Françoise, quant à elle, utilise la psychothérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT), développée par le psychologue américain Steven C. Hayes et ses collègues et appartenant au courant de la thérapie cognitive et comportementale. Elle figure parmi les nouvelles dites *contextuelles*, aussi appelées *thérapies de troisième vague*. C'est une thérapie qui se pratique sur un court terme avec des objectifs. Le thérapeute et le client se concentrent sur le développement des compétences et des capacités pour rester en bonne santé. Par ailleurs, les clients apprennent à comprendre et à accepter leurs difficultés pour apporter des changements sur certains comportements qui freinent l'épanouissement personnel et à améliorer des habiletés personnelles pour apporter une meilleure appréciation de soi.⁵

⁴<http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html>

⁵ <http://www.iusmm.ca/23-24-nov-therapie-acceptation-engagement.html>

CHAPITRE 4

DISCUSSION

L'objectif de ce chapitre est de nous permettre de synthétiser les liens entre les différentes thématiques que nous avons élaborées dans les chapitres précédents, en faisant ressortir les éléments communs qui ont émergé durant les entrevues, et de les regrouper par thèmes. Tout en tenant compte de notre problématique et du cadre théorique, l'analyse des résultats a aussi fait émerger d'autres thèmes. Parmi les résultats qui sont ressortis, le plus significatif demeure la non reconnaissance des symptômes qui a un lien direct avec la stigmatisation de la maladie mentale et les défis d'intégration des immigrants. Même si ces personnes sont au Canada depuis longtemps, elles semblent faire face aux mêmes inégalités sociales de la santé que les nouveaux immigrants. Après avoir résumé les principaux défis, nous émettrons certaines recommandations pour l'amélioration de l'accès des soins en santé mentale pour les personnes immigrantes francophones en contexte minoritaire.

4.1 INÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES EN FRANÇAIS

La loi canadienne de 1986 sur *les services en français* assure « **Le droit de recevoir des services en français** : Les services en français ne se limitent pas à la correspondance, aux

communications téléphoniques et à la traduction. Les besoins de la population francophone sont pris en considération dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes, des politiques et des procédures. De plus, les services reçus en français doivent être équivalents à ceux offerts en anglais, offerts simultanément et de même qualité. »⁶

Selon cette loi, toute personne qui parle français devrait en principe recevoir la même qualité de service que ceux fournis en anglais dans la ville d'Ottawa. Cependant, le témoignage des participants de cette recherche nous montre une réalité différente. Les participants ont exprimé leur insatisfaction en ce qui a trait à la qualité des services en français. Ces derniers déplorent l'accès très limité des services pour les francophones, notamment en santé mentale. D'ailleurs, la littérature a démontré cette lacune (Drolet et Gaudet, 2012; Bouchard et coll., 2012 ; Picard et coll., 1999). Ces auteurs dénoncent le nombre réduit de professionnels francophones formés en santé mentale. Ottawa est une ville bilingue, toutefois la majorité des services de santé sont offerts en anglais. La majorité des participants à notre étude indiquent qu'ils ont reçu leur diagnostic en anglais alors qu'ils sont francophones et les intervenants ont également constaté que la majorité des services sont offerts en anglais. Les participants comme les intervenants ont tous reconnu que l'accès aux soins de santé est difficile pour les immigrants de manière générale et particulièrement en français. Pour ceux qui affirment avoir reçu des soins en santé mentale, le diagnostic a été effectué dans un hôpital anglophone, tandis que le suivi a été transféré dans un hôpital francophone. À ce propos, les participants ont tous reçu l'aide des intervenants francophones pour leur suivi. Ils ont tous rapporté avoir bénéficié de cet accompagnement, facilitant leur navigation au sein du système de santé mentale, qui est souvent complexe.

⁶ <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/flsa.aspx>

4.2 LES DÉFIS LIÉS À L'IMMIGRATION

Les résultats des entrevues ont fait ressortir le fait que malgré le nombre d'années passées au Canada, certains ont encore du mal à s'intégrer pleinement dans la société et bénéficient peu des ressources disponibles en termes de soins. Les personnes souffrant des troubles de santé mentale ou leurs proches font face à différentes barrières systémiques quant à l'accès aux soins dont ils ont besoin, dont la précarité sociale, les nombreux déménagements et les inégalités au sein du système. Bien que la perception de l'expérience de la maladie mentale soit subjective, les termes que les participants ont exprimés pour décrire leur expérience de la santé mentale sont similaires à ceux que nous avons relevés dans notre revue de la littérature.

Comme nous l'avons décrit dans la revue de la littérature, les participants sont tous allés consulter des médecins issus de la médecine occidentale. Cependant, ils nous ont décrit comment les services de la santé ne prenaient pas en compte leurs spécificités culturelles. Par exemple, certains expliquaient qu'il était impossible d'inviter la famille à participer à la consultation, alors qu'ils aimeraient que ces derniers soient présents. La famille et les proches d'une personne souffrant d'un trouble de santé mentale ont une importance non négligeable dans la recherche de soins. Ainsi, en informant les proches et en leur proposant une éducation thérapeutique, cela permettra aussi une meilleure compréhension du diagnostic et du traitement thérapeutique à privilégier. Cet exemple nous montre que le système de santé ne prend pas en considération certains besoins des minorités culturelles. D'ailleurs, les recherches de Mulvihill et coll. (2001) démontrent que les communautés immigrantes, surtout les minorités visibles, ont un accès inégal aux soins de santé. Ces derniers bénéficient des soins de moindre qualité, car, à priori, les services de santé ne reflètent que la perception et les valeurs de la culture dominante.

4.3 PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA MALADIE ET EFFETS SUR LA PRISE EN CHARGE

Les résultats de cette étude montrent que la compréhension de la maladie mentale peut différer selon les groupes et les cultures. Certaines personnes auront tendance à se référer à leur culture d'origine pour comprendre et définir le concept et le sens de leur souffrance ou de celle de leurs proches. D'ailleurs, la sociologue Scarry (2007) observe que les individus expriment leur mal-être selon leur méthode de socialisation qui est différente selon chaque culture. D'après les intervenants interviewés, la culture influence la reconnaissance et l'interprétation des symptômes. La reconnaissance des croyances culturelles n'est pas toujours facile, et ce, malgré le degré d'exposition des intervenants ou des professionnels de la santé à la culture de l'autre. Selon les intervenants, les médecins devraient prendre en considération la culture de la personne lors de leur intervention auprès des nouveaux arrivants. Outre les symptômes, la culture peut influencer les choix d'aide ou de soutien pour les problèmes de santé mentale de même que la manière de souffrir. Certains intervenants, par exemple, témoignent du fait que les immigrants en viennent à somatiser leur souffrance et à traduire leurs conflits psychiques en troubles somatique. Leur souffrance passerait autrement, soit davantage par le corps, par des douleurs physiques que par des douleurs émotionnelles. Ainsi, ils peuvent témoigner de la fatigue, d'un manque de sommeil ou d'autres maux physiques dont ils souffrent, sans que ces maux soient associés à des symptômes psychologiques. Or, faute de pouvoir décrire des symptômes reconnus par les professionnels en santé mentale, ils sont souvent mal diagnostiqués.

4.4 STIGMATISATION ET ISOLEMENT SOCIAL

Les résultats de cette étude montrent que les personnes immigrantes ont tendance à ressentir la stigmatisation et les stéréotypes liés à la maladie mentale au sein de leur communauté et de leurs groupes d'appartenance, mais aussi de la société d'accueil. La majorité des participants ont reconnu qu'ils ne parlaient pas de leur maladie ou de celle de leur proche de peur de se faire juger ou rejeter. Ce comportement est conforme à l'idée de Goffman (1967) voulant que pour éviter la stigmatisation et le rejet, les personnes peuvent en venir à contrôler l'information sociale sur elles pour ne pas être étiquetées et ainsi être rejetées ou classées comme « malades ». D'ailleurs, les recherches de Dorval (2017) indiquent qu'un diagnostic de santé mentale représente une étiquette accolée à la personne pour la mettre en marge de la société. Pour les personnes immigrantes, ce stigmate de la maladie mentale vient souvent s'ajouter à l'étiquette de « l'immigrant », qui est aussi associée, bien souvent, à un ensemble de préjugés et de stéréotypes.

Ainsi, souffrir d'un problème de santé mentale lorsqu'on est une personne immigrante amplifie l'expérience de la stigmatisation et peut conduire à une plus grande exclusion sociale. Or, la stigmatisation de la maladie mentale, tant dans la société d'accueil, où elle est encore taboue, que dans sa propre communauté, demeure un obstacle significatif pouvant empêcher les personnes d'aller chercher l'aide nécessaire. Les intervenants se sont aussi exprimés sur la prévalence de la stigmatisation de la maladie chez les immigrants. Ils ont affirmé que ces derniers ont peur que le reste de leur communauté apprenne qu'ils ont recours à des services de santé mentale. Par conséquent, ils ne vont pas voir un spécialiste pour obtenir un diagnostic et lorsqu'ils y vont, ils ont parfois l'impression de ne pas être pris au sérieux, voire parfois d'être dénigrés s'ils ne

comprennent pas les codes de médecin. Autrement dit, la stigmatisation par les professionnels envers les immigrants existe elle aussi et s'ajoute à celle vécue au sein de sa communauté, renforçant ainsi les préjugés, la peur des autres et un sentiment d'impuissance qui les forcent à s'isoler et à ne pas consulter.

Les résultats des entrevues montrent également que l'isolement social est souvent associé à la stigmatisation de la maladie mentale. Les participants et les intervenants ont en effet reconnu l'isolement des personnes ayant un trouble de santé mental, qui est souvent dû aux interactions difficiles avec leurs communautés d'appartenance et leurs proches qui peuvent être méfiants à leur égard. Les participants ont tous évoqué se sentir désaffiliés à leur communauté d'appartenance en raison de la stigmatisation qu'ils vivent à l'égard de leur maladie ou de celle de leur proche. L'insuffisance de soutien social augmente les situations stressantes plus difficiles à supporter de façon individuelle (Bouchard *et al.*, 2006.) Cet isolement les empêche en effet d'établir des liens significatifs et de pouvoir bénéficier d'une forme de soutien qui ne provienne pas uniquement du système de soins.

4.5 LA FORMATION INTERCULTURELLE DES INTERVENANTS SOCIAUX ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les approches utilisées par les intervenants rencontrés sont des approches classiques et standardisées. Ces méthodes d'interventions sont les plus souvent préétablies à la personne. De par leur appartenance professionnelle, leur formation et les institutions dans lesquelles ils travaillent, les intervenants sont imprégnés de ces méthodes qui leur permettent de chercher à corriger un comportement dans un laps de temps donné. Ces approches sont des méthodes à

court terme et très individualisées, et ne répondent pas aux besoins et à la réalité complexe des personnes immigrantes aux prises avec un problème de santé mentale.

Les intervenants rencontrés ont d'ailleurs reconnu que les interventions sont parfois difficiles avec les personnes immigrantes. Ces intervenants constatent certaines limites durant leurs interventions et demeurent réticents à l'idée d'aller vers les croyances des autres. Ils ont avancé l'idée que les intervenants devraient recevoir une formation interculturelle.

Les intervenants à l'étude ont également discuté de l'importance des médiateurs ou des intervenants appartenant à la communauté ethnoculturelle pour répondre aux besoins des personnes ayant un trouble de santé mentale. Cependant, ils ont mentionné que de nombreux prestataires de services aux immigrants ne sont pas suffisamment formés dans ce domaine. Le manque de personnes compétentes en contexte interculturel en matière de soins tend à réduire le recours des personnes immigrantes aux services de santé mentale, alors que le fait d'être accompagné dans le processus de prise en charge par une intervenante en santé mentale qui parle sa langue peut être fortement bénéfique et apprécié.

En somme, cette recherche exploratoire expose plusieurs préoccupations qui sont souvent inhérentes aux immigrants présentant un trouble de santé mentale. Ce projet de mémoire s'aligne avec les autres recherches réalisées auprès des immigrants, mais fait ressortir d'une part les obstacles qu'essaient de contourner les immigrants issus d'une minorité visible et linguistique, et d'autre part la stigmatisation qu'engendre la maladie mentale tant au sein de leur communauté que de leur société d'accueil et de la part des professionnels de la santé.

CHAPITRE 5

CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous avons cherché à mieux comprendre les enjeux d'accès aux services en santé mentale pour les personnes immigrantes en contexte francophone minoritaire. À l'aide d'entrevues semi-directifs, nous avons tenté d'appréhender l'expérience de la maladie à travers les discours de personnes immigrantes vivant à Ottawa qui sont aux prises avec un trouble de santé mentale ou des proches qui s'occupent d'elles. De plus, nous avons interrogé des intervenants qui travaillent auprès de ces personnes. Dans cette perspective, nous avons pu recueillir les expériences personnelles des participants qui sont passés dans le système de santé francophone en contexte minoritaire, les barrières qu'elles ont dû contourner pour leur recherche de soins et enfin la stigmatisation de la maladie mentale dans la société contemporaine.

Notre recherche montre que l'adaptation à une nouvelle vie est souvent semée d'embûches et peut demeurer éprouvante. Les personnes immigrantes ont eu recours à diverses stratégies d'adaptation pour mieux s'intégrer dans le pays. C'est durant la période d'adaptation que la souffrance psychologique semble se manifester le plus. Or, vivre avec une maladie mentale demeure un obstacle et une difficulté supplémentaire pour les personnes immigrantes. Nous avons vu que les immigrants francophones issus de la diversité jonglent pour pouvoir trouver des

services en santé mentale à Ottawa. Ils doivent souvent utiliser les services anglophones existants ou complètement délaissier les services.

De plus, bien que la stigmatisation des personnes qui souffrent de santé mentale soit générale, certaines croyances et tabous issus de certaines cultures viennent alimenter cette stigmatisation, qui alimente bien souvent l'isolement social des personnes en les empêchant non seulement de pouvoir bénéficier d'un soutien informel (amis, famille, collègues, etc.), mais aussi en demeurant un obstacle significatif dans l'accès aux services de santé.

RECOMMANDATIONS POUR LE TRAVAIL SOCIAL

En guise de conclusion, nous émettrons quelques recommandations pour l'amélioration des pratiques d'intervention en santé mentale auprès des personnes immigrantes francophones à Ottawa.

Recommandation #1 : Accroître l'offre de services en français

Il est essentiel que les francophones reçoivent les mêmes services qui sont offerts en anglais, et ce, dans leur langue maternelle. Il est important de bénéficier de services en français en ce qui concerne la santé mentale, car cette dernière requiert un changement dans le comportement et la prise rigoureuse des médicaments. Il est important de servir la personne dans sa langue maternelle, car ceci facilite une communication claire pour établir un diagnostic rigoureux et mettre en place un plan de traitement adéquat, surtout dans les soins de santé mentale. De plus, la

littérature soutient que l'intervention devrait se dérouler dans la langue maternelle du patient afin de lui permettre de pouvoir exprimer sa douleur émotionnelle dans sa langue. Il est donc primordial de souligner que :

- Les fournisseurs de services et les professionnels en santé mentale doivent tenir compte de la variable linguistique et culturelle de personnes issues des communautés ethnoculturelles francophones;
- Les communautés francophones doivent non seulement se battre pour l'accès aux services, mais doivent aussi s'unir à la voix de tous les francophones qui réclament l'équité en matière de soins en santé mentale, y compris les personnes immigrantes. En prenant en considération l'exemple de l'hôpital Montfort en 1998, nous pensons que les francophones peuvent faire plus pour réclamer une équité des services pour tous les francophones.

Recommandation # 2 :

Lutter contre la stigmatisation au sein des communautés culturelles

Les intervenants devraient se montrer particulièrement sensibles à l'influence de la stigmatisation de la maladie mentale au sein des communautés culturelles, qui peut empêcher la personne ou la famille d'aller chercher de l'aide. Lutter contre cette stigmatisation implique de reconnaître que la famille et les proches d'une personne souffrant d'un trouble de santé mentale ont une importance non négligeable dans la recherche de soins. Il est donc important d'inclure les proches dans la relation d'aide, car ceci permet aux deux parties (l'intervenant ou le

professionnel de la santé et la famille) d'avoir une meilleure compréhension des comportements et des expériences vécues par le patient.

Pour ce faire, les intervenants devraient promouvoir des formations culturellement et linguistiquement adaptées pour soutenir les proches et afin qu'ils aient une meilleure compréhension du diagnostic et du traitement thérapeutique à privilégier. Par ailleurs, lutter contre la stigmatisation permet de manière générale aux personnes ayant un trouble de santé mentale de retrouver leur dignité. Cela pourrait prévenir des tragédies comme le cas de Abdirahman Abdi⁷ ou Musab A-Noor⁸.

Recommandation #3 :

Accroître la formation interculturelle et la présence d'interprètes culturels

Les intervenants en santé mentale doivent être davantage formés en approche interculturelle de manière à diminuer les incompréhensions mutuelles et accroître l'accès aux soins des personnes immigrantes. Les intervenants ethnoculturels peuvent aussi servir de passerelle entre les professionnels de la santé et les immigrants en diffusant des informations sur la santé mentale auprès des communautés, en déconstruisant certains tabous et en démystifiant le système de soins.

Les interprètes culturels représentent un pont entre les professionnels de la santé, les intervenants et les diverses communautés immigrantes allophones vivant à Ottawa. Les recherches en santé

⁷ <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/abdirahman-abdi-s-fatal-encounter-with-ottawa-police-1.3697454>

⁸ <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/musab-anoor-unfit-murder-trial-1.4011828>

mentale soutiennent que les interprètes culturels sont capables d'apporter les éclaircissements nécessaires pour la compréhension des référents culturels liés à la maladie. (Rousseau *et al.*; Nadeau et Mesham, 2005; Kirmayer *et al.*, 2011)

L'interprète culturel peut être en mesure d'apporter des éclaircissements sur les différents langages utilisés (verbal ou non verbal) ou les mots qui peuvent définir une maladie mentale et qui sont propres à une culture donnée. L'interprète peut aussi traduire le diagnostic en termes simples et compréhensibles pour les familles afin de leur permettre de prendre part au plan de soins élaboré durant l'intervention.

À Ottawa, les hôpitaux sont obligés de fournir des interprètes culturels à leurs patients. Cependant, seuls quelques centres ou intervenants sont au courant de ces services et les hôpitaux ne font pas la promotion de ces services. Nous recommandons donc de :

- Promouvoir les services d'interprétariat professionnels offerts par les hôpitaux et le service OLA (Ottawa Language Access), qui est un service gratuit offerts aux populations immigrantes;
- Faciliter l'utilisation d'intervenants multiculturels pivots au niveau de la santé;
- Prendre en considération l'exemple du centre de santé communautaires Somerset West d'Ottawa qui offre des services adaptés à la langue et la culture de la communauté chinoise de son quartier.

BIBLIOGRAPHIE

Ali, J. (2002). La santé mentale des immigrants au Canada. Rapports sur la santé 13 (Suppl.), 1-11. Ottawa : Statistique Canada.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Promotion de la santé mentale.
<https://lop.parl.ca/content/lop/ResearchPublications/2013-76-f.htm>

Audet, M.-P., Drolet, M. (2014). Les services en santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa. Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire, vol. 20, n° 2, p. 190-200

Association canadienne pour la santé mentale, division Ontario, et Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2010). Employment and Education for People with Mental Illness: Discussion
http://www.ontario.cmha.ca/admin_ver2/maps/camh_cmha_ontario_employment_discussion_paper_2010.pdf

Ben-Cheikh, I. & Rousseau, C. (2013). Autisme et soutien social dans des familles d'immigration récente : l'expérience de parents originaires du Maghreb. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 189–205. doi:10.7202/1019192ar

Berry, W.J. (1997). Immigration, acculturation and adaptation . *Applied Psychology : An International Review*, vol. 46, 5-68. Cité dans : Ramdé, J. 2007. « Quelques repères pour l'intervention en contexte interculturelle : revue de la littérature ». *Défi jeunesse*, vol.XIV no1

Bouchard, L. C., M-H ; Benoit, M., ; Boudreau, F., Lemonde, M. ; Dufour, S. (2012). Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis? Une étude exploratoire de l'impact de la situation linguistique minoritaire. *Le médecin de famille canadien*. 58(12)

Bowen, S. (2001). « Language Barriers in Access to Healthcare » dans *Certain Circumstances: Issues in Equality and Responsiveness in Access to health Care in Canada*. Ottawa : Santé Canada.

Bowen, S. (2015) Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Rapport Aout 2015.Pour le compte de la Société Santé en français.

- Cardinal, L., Plante, N. et Sauvé, A. (2006.) Les francophones appartenant à une minorité visible en Ontario : un profil statistique, ministère du Procureur général, Toronto, p.38
- Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71–91. doi:10.7202/032248a
- Caron, J. Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n° 2, p. 15-41.
- Citoyenneté et immigration Canada (CIC). 2015.). *Profil de la population* <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/communiques/2011/2011-02-13.asp>
- Chandra A, Minkovitz CS. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *The Journal of Adolescent Health*, 38(6) 1-8.
- Compère, L. (1992) Santé mentale et communautés ethnoculturelles : de la marginalisation sociale à la précarité existentielle. *Santé mentale au Québec*, vol. 17, n° 2, 1992, p. 285-293. doi:10.7202/502082ar
- De Plaen, S. (2006). Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 123– 134. doi:10.7202/014807ar
- Devereux G., Essais d'ethnopsychiatrie générale. In: Revue française de sociologie, 1971,
- Dorvil, H. (2005) Nouveau plan d'action : quelques aspects médiatiques, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation, dans la revue *Cahiers de recherche sociologique* sous la direction de M http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_512_0.pdf
- Fenta, H., Hyman, I. et Noh, S. (2004). Determinants of Depression among Ethiopian Immigrants and Refugees in Toront. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (5): 363-372.
- Foote, A. (6 mars 2017) Musab A-Noor, accused of killing his 2 sisters, still unfit to stand trial. CBC News <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/musab-anoor-unfit-murder-trial-1.4011828>
- Fortin, A. (1994). La famille, premier et ultime recours, In: F. Dumont, S Langlois et Y, Martin, (dirs), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, IQRC, 1994, p. 947-962. www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales/contemporains/fortin_andree/famille_pre_mier

- Fronteau, J. (2000). Le processus migratoire : la traversée du miroir dans G. Légault (dir.), *L'intervention interculturelle* (p. 1-10). Montréal, Québec : Gaëtan Morin
- Fuller Torrey, E., Miller, J. (2001). *The Invisible Plague: The Rise of Mental Illness from 1750 to the Present*. New Brunswick and London: Rutgers University Press,
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Alain Kihm, Paris : Les éditions de mInuit
- Hien, A. , Lafontant, J. (2013). Inéquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Revue Canadienne de la santé publique*, 104 (6) : 71-74
- Hyman I. (2007). *Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada*. M. Doucet (Ed.) *CERIS Working Paper*, document de travail no 55. Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration, Toronto,
- Hinshaw SP., Cicchetti D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Dev Psychopathology.*, 555-98. Review.
- Institut Universitaire en santé mentale de Montréal : Thérapie Cognitivo-Comportementale
<http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html>
- Institut Universitaire en santé mentale de Montréal : Thérapie d'Acceptation et d'Engagement
<http://www.iusmm.ca/23-24-nov-therapie-acceptation-engagement.html>
- Kennedy, M. A., Parhar, K. K., Samra, J. et Gorzalka, B. (2005). Suicide Ideation in Different Generations of Immigrants. *Revue canadienne de psychiatrie* 50 (6) : 353-356
- Kirmayer, L. (2011). Les politiques de l'altérité dans la rencontre clinique. *L'Autre*, volume 12,(1), 16-29. doi:10.3917/lautr.034.0016.
- Kirmayer, Lj ; Narasiah, L ; Munoz, M ; Rashid, M ; Ryder, AG ; Guzder, J ; Hassan, G ; Rousseau, C ; Pottie, K, (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, Vol.183(12), pp. E959-E967
- Lacan, J. (1966). *Fonction de la parole et champ du langage*. Écrits (pp. 237 – 322). Paris : Seuil.

- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5,(1), 183-199. doi:10.3917/nrp.005.0183. <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-1-page-183.htm>
- Lecomte, Y., Jama, S. & Legault, G. (2006). Présentation : L'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 7–27. 2
- Levesque, A. et Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale—chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice*,5(1) 69-82.
- Lou, Y. and Beaujot, R. (2005). What happens to the 'Healthy Immigrant Effect': The mental health of immigrants in Canada. London (Ontario) : Population Studies Centre of the University of Western Ontario.
- Mahele-Nyota, J. (2010). Familles immigrantes et handicap de développement : une double minorisation?. *Reflets*, 16(2), 214–234. doi:10.7202/1000320ar
- Malenfant, É. C. (2004). Suicide in Canada's Immigrant Population ,*Health Reports* 15(2) : 9-17. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Malenfant%20EC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15151027
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
- Mayer, R. et Jean-Pierre D. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Méthodes de recherche en intervention sociale, sous la dir. de Robert Mayer, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques M-R., Turcotte, D. p.. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur. P.120
- Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux ». Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (MSSLD) 2000. La loi canadienne de 1986 sur les services en français.LSF <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- Ministère des affaires civiques et de l'immigration de l'Ontario <http://www.citizenship.gov.on.ca/french/newsroom/francophone.shtml>
- Mongeau, Pierre (2009). Réaliser son mémoire ou sa thèse: Côté Jeans & Côté Tenue de soirée. Québec: Presses de l'Université du Québec, 145 p.

- Muamba, Marie C. (1998). Barrières linguistiques et intégration des nouveaux immigrants francophones à Toronto. *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, Volume 4, Numéro 1, 1998, Pages 182-187 page 184
- Mucchielli, A. et Paillé, P. (2003). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, Armand Collin, 2012, p. 231-313 (ISBN : 978-2-200-24904-5) p.232
- Mulvihill, A., Mailloux, L., Atkin, W., (2001). Améliorer les politiques et la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada *Réseau canadien pour la santé des femmes*, 2001, 73 f. http://www.cewh-cesf.ca/fr/ressources/sante_im-ref/immi... (17/02/2003)
- Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and Mental Health Services: Increasing Collaboration with Other Service Providers. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(3), 73-76.
- Nathan, T. (2005).: Questions d'ethnopsychiatrie. *Outre-Terre*, n° 11,(2), 575-581. doi:10.3917/oute.011.0575
- Nathan, T. (2000). Spécificité de l'ethnopsychiatrie. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 1997 - ethnopsychiatrie.net. http://www.ethnopsychiatrie.net/general/speci_ethno.htm
- Nathan, T. (1987). La fonction psychique du trauma. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, vol. 7, 7-9. Cité dans : Ramdé, J. 2007. « Quelques repères pour l'intervention en contexte interculturelle : revue de la littérature ». *Défi jeunesse*, vol.XIV no1
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies, Théories et recherches* : <http://journals.openedition.org/sociologies/993>
- Newbold, K. B. (2005). « Self-rated Health within the Canadian Immigrant Population: Risk and the Healthy Immigrant Effect », *Social Science and Medicine* 60: 1359-1370.
- Ouadahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, J. & Fleury, M. (2009). Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 161-172.
- Ouango, J.-G., Kapouné K., Moussa K., Ouedraogo ,M., Kabore,G. et Ouedraogo, A.(1998) Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo. *Santé mentale au Québec* , vol. 23, n° 2, 1998, p. 197-211
- Organisation Mondial de la Santé (2011). Statistiques sanitaires mondiales 2011. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

- Organisation Mondiale de la Santé (2008). Constitution de l'OMS: ses principes
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Picard, Louise, et collab. (1999a). Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario, Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique
- Pierre, A, Minn P., Sterlin C., Annoual Pascale C., Annie Jaimes A., Raphaël F., Raikhel E., Rob Whitley, Rousseau C., Kirmayer Laurence J. (2010) « Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature » *Santé mentale* Vol. 35Page p.13To-47. Santé mentale au Québec35(1)
- Plivard, L. (2010). La pratique de la médiation interculturelle au regard des populations migrantes... et issues de l'immigration. *Connexions*, 93,(1), 23-38. doi:10.3917/cnx.093.0023.
- Porter, K. (28 juillet 2016). Abdirahman Abdi's fatal encounter with Ottawa Police. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/abdirahman-abdi-s-fatal-encounter-with-ottawa-police-1.3697454>
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, NY : Simon & Schuster.
- Poupart, J.-D., Groulx, J.-P., Laperriere, A., Robert, M., Pires, A. P (1997) « la recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques » Éditions Gaëtan Morin, Canada p.99
- Ramdé, J. 2007. « Quelques repères pour l'intervention en contexte interculturelle : revue de la littérature ». *Défi jeunesse*, vol.XIV no1
- Rapport sur l'état de la santé publique au Canada (2011). Jeunes adultes en période de transition. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/pdf/cpho-resp-2011-fra.pdf>
- Rapport sur le portrait de la diversité LES IMMIGRANTS — Optique d'équité et d'inclusion- <http://www.cawi-ivtf.org/sites/default/files/pdf/publications/EI-Lens/DS-immigrants-fr.pdf>
- Robert, A. and Gilkinson, T. 2012. *Mental Health and Well-being of Recent Immigrants in Canada: Evidence of a Longitudinal Survey of Immigrants to Canada*. Canada: Citizenship and Immigration Canada
- Rousseau, C. et Nadeau, L. (2003). Migration, exil et santé mentale. In T. Baubet & M.-R. Moro (Eds.), *Psychiatrie & migrations*. Issy-les-Moulineaux Cedex, France: Éditions Masson (pp. 126-136).

- Santé Canada (2008). Santé mentale - Gestion du stress . Votre santé et vous - Janvier 2008. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/mode-vie/votre-sante-vous-sante-mentale-gestion-stress-sante-canada-2008.html>
- Scarry, E. (2007). Response : Pain and the Embodiment of Culture, Sarah, Coakley and Key, Kaufman, Shelemay (Eds). *Pain and its Transformations*. Cambridge, MA: Havard University Press
- Schrag, Zachary M., (2011).The Case against Ethics Review in the Social Sciences”, *Research Ethics*, vol. 7, n 4, 2011, p. 120–131. (ISSN 1747-0161)
- Simich, L., Scott, J. et Agic B. (2005). Alone in Canada: A Case Study of Multilingual Health Promotion. *International Journal of Mental Health Promotion* 7 (2) : 14-22.
- Statistique Canada 2011
- Turgeon, M-J. et Tremblay, M-A. (1991) « L'approche qualitative et la construction du sens en médecine familiale » publié dans la revue Santé *Culture Health*, vol. 8, no 1-2, 1991, pp. 12
- Tousignant, m. (1988). « Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, no 1, p. 77-106.
- Vatz Laaroussi, M., Kanouté, F. (2013). Les collaborations familles immigrantes-école-communauté : défis et enjeux. <http://www.ceetum.umontreal.ca/documents/capsules/2013-enjeux/vatz-kan-enj-2013.pdf>
- Vatz Laaroussi, M., Kanouté, F. & Rachédi, L. (2008). Les divers modèles de collaborations familles immigrantes-écoles : de l’implication assignée au partenariat. *Revue des sciences de l’éducation*, 34(2), 291–311. doi:10.7202/019682ar
- Vatz Laaroussi, M. (2007). Les relations intergénérationnelles, vecteurs de transmission et de résilience au sein des familles immigrantes et réfugiées au Québec. *Enfances, Familles, Générations*,
- West, Carolyn M. 2005. « Domestic violence in ethnically and racially diverse families: The "political gag order" has been lifted ». In *Domestic violence at the margins: A reader at the Intersections of Race, Class, and Gender*, sous la dir. De Nathalie J. Sokoloff, p.157-173, New Jersey: Rutgers University Press.
- Wu, Z., Noh, S., Kaspar, V. et Schimmele, C. M. (2003). « Race, Ethnicity, and Depression in Canadian Society », *Journal of Health and Social Behavior* 44 (3) : 426-441

ANNEXE A
Lettre de recrutement

Date

Bonjour,

Mon nom est Hodan Yusuf Farah, je suis étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa. Je m'intéresse à vos expériences et récits en tant parents ayant un enfant ou un jeune souffrant de problème de santé mentale, ainsi que les et les stratégies d'intervention privilégiées pour y faire face. Votre participation est volontaire et vos témoignages seront recueillis sous forme d'entrevues.

Vous êtes admissibles à participer si vous :

- Êtes un ou des parents d'un enfant ayant reçu un diagnostic ou vivant avec un trouble de santé mentale
- Êtes immigrant francophone issue d'une minorité visible résidant au Canada depuis au moins 5 ans.
- Êtes résident d'Ottawa

Une carte cadeau de \$10 Time Hortons sera offerte en guise de remerciement de votre participation.

La sélection s'effectuera par le principe premier arrivé, premier servi. Votre décision de participer ou non n'aura aucun impact sur les services que vous recevez dans le centre Communautaire de Vanier ou le centre communautaire Rideau-Rockcliffe. Vous n'êtes pas contrainte d'y participer parce que vous fréquentez ces deux centres.

Pour toutes celles qui sont intéressées à participer à mon projet de recherche, veuillez me contacter au 613-816-4808 ou à : yhoda090@uottawa.ca

Mes sincères salutations et je vous remercie d'avance.

Hodan Yusuf Farah

Étudiante en maîtrise en service social

ANNEXE B

Guide d'entretien pour les participant.e.s

Parcours migratoire

Parlez- moi de vous et de votre parcours migratoire? Avez-vous immigré avec votre famille et avez-vous de la famille proche au Canada ?

Perception de la maladie

Avez-vous ou un membre de votre famille proche avez vécu des difficultés émotionnelles et psychologiques avant et/ou depuis votre arrivée au Canada? Pouvez-vous me dire en quoi consistait ces difficultés?

Comment avez-vous reconnu les symptômes ? Comment avez-vous réagi? Avez-vous parlé à quelqu'un de ces difficultés?

Que pensez-vous du mot maladie mentale ou trouble de santé mentale? Qu'est-ce que ces mots représentent pour vous?

Comment la maladie ou le trouble mental sont-ils envisagés et prises en charge dans votre pays d'origine ? Est-ce que cette conception diffère de celle au Canada ?

Avez-vous ou un membre de votre famille souffert d'un problème de santé mentale ?

Soutien formel et informel

Qui est-ce qui vous a soutenu pour faire face à ces difficultés ?

Est-ce que votre communauté Église/Mosquée vous a soutenu ?

Accès aux services en français

Comme francophone, avez-vous rencontré des défis de manière générale à trouver des services en français ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour votre réponse ?

Que pensez-vous des services en santé en français dans la région d'Ottawa?

Avez-vous reçu des services en santé mentale? Si oui, quels sont les services que vous avez reçus? Qui vous a référé ? Pendant combien temps?

Avez-vous reçu des services d'une travailleuse sociale? Pour quelles raisons ? Qui vous a référé? Pendant combien de temps?

Si vous n'avez pas eu recours à ces services, quelles sont les raisons? Pouvez-vous expliquer?

Avez-vous apprécié les services que vous avez reçus ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples.

En conclusion

Quels conseils donneriez-vous aux familles de votre communauté faisant face à des difficultés psychologiques ou des troubles de santé mentale?

Profil socio-démographique

Age :

Sexe :

Pays d'origine nombres d'enfants :

Statut civil :

Statut migratoire :

ANNEXE C

Formulaire de consentement pour les participant.e.s

Titre du projet : Santé mentale et accès aux services : point de vue des immigrants francophones résidant à Ottawa.

Chercheure principale

Hodan Yusuf Farah

Étudiante à la maîtrise en service social

120, rue Université, Ottawa, Ontario, K1N 6N5

Tél : 613 816-4808

Courriel : yhoda090@uottawa.ca

Superviseure

Dahlia Namian, PhD

École de service Social/

Bureau/Office 12038

120 Université/120 University

K1N 6N6

613-562-5800 # 4101

Dahlia.Namian@uottawa.ca

Je suis invité à participer volontairement à la recherche nommée ci-dessus qui est menée par Hodan Yusuf Farah, étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa, supervisée par Dahlia Namian, professeure agrégée à l'École de service social de l'Université d'Ottawa.

But de l'étude: Le but de l'étude est d'explorer les perceptions et les représentations chez les personnes immigrantes de la maladie mentale et leur impact sur l'accès aux services de soins en santé mentale.

Participation: Ma participation consistera essentiellement à participer à une séance d'entrevue d'une durée de 60 minutes. De plus, j'accepte que l'entrevue soit enregistrée avec mon consentement. Je suis informé que cette recherche est indépendante du centre communautaire Rideau-Rockcliffe et du centre de service communautaire Vanier. Je peux y participer et me retirer en tout temps sans aucun préjudice sur les services que je reçois de ces centres.

Risques: Je comprends que puisque ma participation à cette recherche implique que je partage mon vécu et expériences, et que les thèmes évoqués pendant les entretiens peuvent être parfois sensibles, certains malaises inconforts psychologiques pourrait être ressentis. Par conséquent, je suis assurée que la chercheuse tient en compte de ce risque en vue de le minimiser. Aussi, j'ai l'assurance que si une situation de malaise se présente ou pour toute autre raison, je peux arrêter l'entrevue immédiatement et elle me référera aux ressources appropriées joint dans le présent formulaire.

Bienfaits: Ma participation à la recherche contribuera à mettre au jour l'impact des perceptions et représentations de la maladie mentales sur le recours aux soins médicaux et alternatifs. Comme la santé mentale a tendance à être un sujet tabou chez les communautés ethnoculturelles, mon entrevue contribuera à mettre en relief les obstacles que rencontrent potentiellement les membres des communautés culturelles et les différentes stratégies qu'ils utilisent pour y faire face. Conséquemment, ma participation peut contribuer à améliorer les pratiques. L'entretien me permettra également d'avoir un espace pour parler, partager non seulement mes expériences, mais aussi de donner mon point de vue sur la question.

Confidentialité et anonymat: J'ai l'assurance de la chercheuse que l'information que je partagerai avec elle restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour la rédaction du mémoire de recherche et selon le respect de la confidentialité. J'ai compris que l'anonymat sera garanti de la façon suivante : des noms fictifs seront utilisés dans le

mémoire de recherche afin de protéger mon identité et toute autre information susceptible de m'identifier sera supprimée ou modifiée.

Conservation des données: les données recueillies seront conservées de manière sécuritaire afin de ne pas altérer la confidentialité. Les données recueillies et leur transcription sous forme de verbatims seront conservées de façon sécuritaire et rangées dans un bureau à clef une fois imprimée. Un mot de passe uniquement connu de la chercheuse et de sa superviseuse bloquera l'accès à tous les documents électroniques. Les données seront conservées pendant cinq ans après le dépôt du mémoire de recherche (1er septembre 2018). Elles seront effacées (données électronique) et déchiquetées (version papier) après la période de rétention de façon sécuritaire.

Compensation: Je recevrai une carte cadeau de Tim Hortons de \$ 10 canadiens en guise de remerciement pour ma participation à la recherche. Même si je décide de me retirer de la recherche avant la fin, je recevrai tout de même cette carte cadeau.

Participation volontaire: Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment ne seront pas utilisées par la chercheuse.

Acceptation: Je,accepte de participer à cette recherche menée par Hodan Yusuf Farah, étudiante à la maîtrise en service social de la Faculté des Sciences Sociales de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par la professeure Dahlia Namian de l'Université d'Ottawa.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse ou sa superviseuse aux numéros et adresses mentionnés en haut de ce formulaire.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant (e) :

Date:

Signature du chercheur:

Date:

ANNEXE D
Liste de ressources

Centre de ressources communautaires de Nepean, Rideau et Osgoode - 613 596-5626

Centre de ressources communautaires d'Ottawa Ouest - 613 591-3686

Centre de santé et services communautaires Carlington - 613 722-4000

Organisme communautaire des services aux immigrants d'Ottawa (OCISO) - 613 725-0202

Service familial catholique Ottawa - 613 233-8478

Services pour femmes immigrantes d'Ottawa - 613 729-3145

Centre Catholique pour Immigrants 613-232-9634

Centre de santé et de ressources communautaires Carlington - 613 722-4000

Centre de santé et de ressources communautaires Centre-ville - 613 233-4443

Centre de ressources communautaires Ottawa Est - 613 741-6025

Centre de ressources communautaires Orléans-Cumberland - 613 830-4357

Centre de ressources communautaires Basse-ville - 613 789-3930

Centre de ressources communautaires Rideau-Rockcliffe - 613 745-0073

Centre de santé et de ressources communautaires Pinecrest-Queensway - 613 820-4922

Centre de santé et de ressources communautaires Côte-de-Sable - 613 789-6309

Centre de santé et de ressources communautaires Somerset Ouest - 613 238-8210

Centre de santé et de ressources communautaires Sud-est d'Ottawa - 613 737-5115

Centre de services communautaires Vanier - 613 744-2892

Conseil Économique et Social d'Ottawa Carleton (CESOC) 613-248-1348

ANNEXE E

Guide d'entretien pour les intervenant.e.s

Profil sociodémographique

Âge, sexe, origine ethnique

Cheminement professionnel (formation et travail préalable)

Expérience en santé mentale auprès des personnes immigrantes

Quelles sont vos expériences auprès des personnes immigrantes ayant vécu ou ayant accompagné une personne avec un trouble de santé mentale?

Quels types de problématiques constatez-vous chez cette clientèle en particulier?

Quelles sont leurs perceptions de la maladie mentale?

Selon vous, est-ce que la problématique vécue par cette clientèle vous semble-t-elle plus préoccupante que celle vécue par la population non immigrante ?

Prenez -vous en compte les influences de la culture d'origine et de l'immigration sur la perception de la maladie?

Quels sont les défis et obstacles que vous rencontrez dans votre travail auprès des populations immigrantes? Quelles sont les stratégies pour y faire

Outils et stratégies utilisés auprès des personnes immigrantes

Quelle approche utilisez-vous pour travailler avec cette clientèle? Identifiez-vous des enjeux particuliers dans votre travail auprès des personnes immigrantes? Si oui, de quelle nature?

- Qu'est-ce que vous avez fait durant l'intervention qui semble avoir été particulièrement important?

Rencontrez-vous des limites explicites ou implicites dans votre engagement auprès des personnes? Si oui, quelles sont-elles? Quelles en sont les conditions? Dans quels contextes ces limites se sont-elles révélées importantes?

Quelles réactions obtenez-vous suite aux consultations?

Quelle sorte d'éducation faite vous auprès de cette clientèle en générale?

Quels conseils donneriez-vous aux intervenantes qui travaillent auprès de cette clientèle?

ANNEXE F

Formulaire de consentement pour les intervenant.e.s

Titre du projet : Santé mentale et accès aux services : point de vue des immigrants francophones résidant à Ottawa.

Chercheure principale

Hodan Yusuf Farah

Étudiante à la maîtrise en service social

120, rue Université, Ottawa, Ontario, K1N 6N5

Tél : 613 816-4808

Courriel : yhoda090@uottawa.ca

Superviseure

Dahlia Namian, PhD

École de service Social/

Bureau/Office 12038

120 Université/120 University

K1N 6N6

613-562-5800 # 4101

Dahlia.Namian@uottawa.ca

Je suis invité à participer volontairement à la recherche nommée ci-dessus qui est menée par Hodan Yusuf Farah, étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa, supervisée par Dahlia Namian, professeure agrégée à l'École de service social de l'Université d'Ottawa.

But de l'étude: Le but de l'étude est d'explorer les perceptions et les représentations chez les personnes immigrantes de la maladie mentale et leur impact sur l'accès aux services de soins en santé mentale.

Participation: Ma participation consistera essentiellement à participer à une séance d'entrevue d'une durée de 60 minutes. De plus, j'accepte que l'entrevue soit enregistrée avec mon consentement. Je suis informé que cette recherche est indépendante du centre communautaire Rideau-Rockcliffe.

Bienfaits: Ma participation à la recherche contribuera à mettre au jour l'impact des perceptions et représentations de la maladie mentale sur le recours aux soins médicaux et alternatifs. Comme la santé mentale a tendance à être un sujet tabou chez les communautés ethnoculturelles, mon entrevue contribuera à mettre en relief les obstacles que rencontrent potentiellement les membres des communautés culturelles et les différentes stratégies qu'ils utilisent pour y faire face. Conséquemment, ma participation peut contribuer à améliorer les pratiques. L'entretien me permettra également d'avoir un espace pour parler de ma pratique, partager non seulement mes expériences, mais aussi de donner mon point de vue sur la question.

Confidentialité et anonymat: J'ai l'assurance de la chercheuse que l'information que je partagerai avec elle restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour la rédaction du mémoire de recherche et selon le respect de la confidentialité. J'ai compris que l'anonymat sera garanti de la façon suivante : des noms fictifs seront utilisés dans le mémoire de recherche afin de protéger mon identité et toute autre information susceptible de m'identifier sera supprimée ou modifiée.

Risques : Cette recherche ne comporte aucun pour les intervenantes.

Conservation des données: les données recueillies seront conservées de manière sécuritaire afin de ne pas altérer la confidentialité. Les données recueillies et leur transcription sous forme de verbatims seront conservées de façon sécuritaire et rangées dans un bureau à clef une fois imprimée. Un mot de passe uniquement connu de la chercheuse et de sa superviseuse bloquera l'accès à tous les documents électroniques. Les données seront conservées pendant cinq ans après le dépôt du mémoire de recherche (1er septembre 2018). Elles seront effacées (données électronique) et déchiquetées (version papier) après la période de rétention de façon sécuritaire.

Participation volontaire: Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment ne seront pas utilisées par la chercheuse.

Acceptation: Je,accepte de participer à cette recherche menée par Hodan Yusuf Farah, étudiante à la maîtrise en service social de la Faculté des Sciences Sociales de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par la professeure Dahlia Namian de l'Université d'Ottawa.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse ou sa superviseuse aux numéros et adresses mentionnés en haut de ce formulaire.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant:

Date:

Signature du chercheur:

Date:

ANNEXE G
Certificat d'approbation éthique

Université d'Ottawa



University of Ottawa

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number
Titre du projet / Project Title

S-02-18-358
Santé mentale et accès aux
services : point de vue des
immigrants francophones
résidant à Ottawa

Type de projet / Project Type

Mémoire de maîtrise / Master's
major research paper

Statut du projet / Project Status

Approuvé / Approved

Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)

13/04/2018

Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)

12/04/2019

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher

Affiliation

Role

Yusuf Farah HODAN

École de service social / School of Social Work

Chercheur Principal / Principal

Investigator Dahlia NAMIAN

École de service social / School of Social Work

Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

☎ 613-562-5387 •

☎ 613-562-5338 •

✉ ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca

www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics