

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE À MONTRÉAL :
LA PERCEPTION DES FAMILLES IMMIGRANTES

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL RECHERCHE, CONCENTRATION ÉTUDES FAMILIALES)

PAR
ABDELAAZIZ OURHOU

AOUT 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL RECHERCHE, CONCENTRATION ÉTUDES FAMILIALES) (Ph. D.)

Direction de recherche :

Emmanuel Habimana, Ph.D.

directeur de recherche

Saïd Bergheul, Ph.D.

codirecteur de recherche

Jury d'évaluation :

Julie Lefebvre

présidente du jury

Emmanuel Habimana, Ph.D.

directeur de recherche

Naima Bouabdillah, Ph.D.

évaluatrice interne

Jean Ramdé, Ph.D.

évaluateur externe

Thèse soutenue le 13 août 2020

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le (les) article(s) a (ont) été rédigé(s) selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Il est clairement établi que les immigrants ont tendance à sous-utiliser les services de santé mentale en contexte migratoire (Cabassa, 2007; Cabassa & Zayas, 2007; Wu, Kviz, & Miller, 2009). Ce résultat a été expliqué en termes de différence culturelle et linguistique, de méconnaissance des services de santé mentale du pays hôte et d'attitudes négatives à l'égard de la psychiatrie (Cabassa & Zayas, 2007; Chen & Vargas-Bustamante, 2011; Martin, 2009). Le but principal de la présente étude consistait à examiner comment la question d'accès aux soins de santé mentale se pose dans l'univers des immigrants montréalais en difficulté, par la voie d'une méthode qualitative. Plus précisément, l'étude visait à comprendre la perception subjective de cette clientèle à l'égard des services de santé mentale offerts au Québec. Six familles immigrantes ont participé à notre étude exploratoire basée sur les entrevues semi-dirigées. Les résultats suggèrent que les services de psychologie sont largement insuffisants et rarement accessibles. Les participants dénoncent l'attente trop longue les empêchant d'accéder en temps opportun aux services de psychologie et désapprouvent la médicalisation de leurs difficultés psychologiques. Les données récoltées tendent à montrer également que la psychothérapie pourrait contribuer à atteindre le soulagement et à diminuer la souffrance psychologique de cette clientèle. La conclusion de cette étude propose d'adapter les pratiques de santé mentale visant les immigrants. Comprendre cet aspect constitue un défi de plus en plus important pour les fournisseurs de soins. Somme toute, cette étude novatrice enrichit le corpus des connaissances scientifiques, tout en constituant un premier pas pour les chercheurs qui approfondiront l'étude du thème de la présente thèse.

Malgré certaines limites méthodologiques de la présente étude, tel le nombre restreint de l'échantillon, les propos recueillis tracent un portrait riche des barrières qui affectent l'accès des immigrants aux soins de santé mentale en contexte québécois. Finalement, plusieurs recommandations et avenues de recherche sont suggérées.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	x
Remerciements	xi
Introduction générale	1
Chapitre 1. Contexte et problématique	5
Chapitre 2. Cadre conceptuel	12
Définition des concepts	13
La culture : une définition	13
L'acculturation	21
Le trouble mental : une définition	24
Diagnostic du trouble mental	27
Culture et trouble mental	32
Le traitement	36
Le traitement et la culture	39
Cadre théorique	44
La psychologie interculturelle	44
L'approche interculturelle	46
L'ethnopsychiatrie	49
La psychiatrie transculturelle	49
L'ethnopsychanalyse	54
Chapitre 3. Recension des écrits Article 1 : L'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire : la perception des immigrants	63

Résumé	65
Abstract	65
Introduction	66
Méthode	67
Résultats	71
Les principaux obstacles aux soins de santé mentale selon les patients	71
Obstacles généraux	71
Les attitudes des patients	72
La sémiologie de la souffrance psychologique : la somatisation	76
Les divergences culturelles	78
La communication	80
La forme d'aide psychologique privilégiée	82
La religion et la psychothérapie	84
Discussion	86
Conclusion	90
Références	92
Chapitre 4. Objectifs de l'étude et méthode	98
Objectifs de l'étude	99
Méthode qualitative	100
Description de l'échantillon	103
Collecte de données	105
L'entrevue semi-directive	105

Le journal de bord	108
Cadre d'analyse	109
Qualité des conclusions	112
Considérations éthiques.....	113
Chapitre 5. Résultats. Article 2 : L'accès aux soins de santé mentale à Montréal : la perception des immigrants (Revue <i>Enfances Familles Générations</i>).....	114
Résumé	116
Abstract	117
Introduction	118
Méthodologie	120
La collecte de données	121
Profil des participants	122
Les critères d'inclusion et d'exclusion	122
L'analyse des données : analyse à l'aide des catégories conceptualisantes	124
Résultats	126
Longue liste d'attente	127
La psychothérapie	131
Langue maternelle.....	136
Discussion.....	137
Conclusion.....	147
Références	149
Discussion générale	155
Longue liste d'attente.....	157

L'importance de la psychothérapie	161
Langue maternelle.....	166
Forces de la thèse	171
Limites de la thèse	172
Conclusion générale.....	175
Recommandations.....	178
Références générales.....	182
Appendice A. Guide des entrevues.....	207
Appendice B. Données générales sur les membres de la famille	211
Appendice C. Journal de bord : quelques données du journal de bord.....	213
Appendice D. Certificat d'éthique	219
Appendice E. Formulaire de consentement.....	221

Liste des tableaux

Tableau

1	Les différentes théories traditionnelles de la maladie et ses traitements (adapté de Ellenberger, 1974)	33
2	Les différentes formes de traitements traditionnels (adapté de Ellenberger, 1974)	43
3	Critères d'inclusion et d'exclusion des études	69
4	Critères d'inclusion et d'exclusion des participants	106
5	Sources de données	122
6	Profil des participants	123
7	Les principales catégories ressorties	128

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de thèse, le professeur Emmanuel Habimana, d'avoir accepté de diriger ce travail. Par ses judicieux conseils, son soutien et sa patience, la présente thèse a pu prendre finalement forme. Ses multiples relectures ont été fortement appréciées. Je remercie également le codirecteur de cette thèse, monsieur Saïd Bergheul, dont l'accompagnement, le support, les relectures et les conseils m'ont permis de surmonter les épreuves inhérentes au processus doctoral.

Les remerciements se doivent d'être offerts également aux personnes ayant participé à cette thèse; aux individus ayant pris le temps de discuter généreusement des épreuves auxquelles ils ont dû faire face pendant leur expérience de recherche de soins. Leur précieuse collaboration a permis de faire entendre la voix d'une population immigrante qui a un parcours de recherche de soins assez complexe. J'espère que cette étude pourra contribuer à la sensibilisation aux difficultés d'accès aux soins que vivent les immigrants ayant des problèmes psychologiques.

Je remercie aussi les membres de mon jury d'avoir accepté d'évaluer ma thèse, ainsi que mes professeurs de l'UQTR.

Introduction générale

Des recherches ont révélé que les nouveaux arrivants sont, de façon générale, en meilleure santé mentale que les Canadiens de naissance, mais on note une détérioration de leur état de santé mentale quelque temps après leur arrivée (Ali, 2002; Beiser, 2005; Hyman, 2004). De plus, quand on fait une comparaison entre les différents groupes d'immigrants, les chercheurs tendent à montrer que l'état de santé mentale des immigrants de longue date se dégrade comparativement à celui des immigrants récents (Ng & Omariba, 2010; Robert & Gilkinson, 2012; Tiwari & Wang, 2008). Cette détérioration est associée à certaines expériences post-migratoires difficiles qui peuvent générer chez les immigrants de nombreux troubles de santé mentale (Fenta, Hyman, & Noh, 2004; Robert & Gilkinson, 2012; Samuel, Morton, Violet, Feng, & Joanna, 1999). En effet, l'isolement, le stress et les difficultés financières permanentes forment autant de facteurs qui exposent ceux-ci à une plus grande vulnérabilité qui entraîne un déclin rapide de leur état de santé mentale (Newbold, 2009). Le bien-être psychologique des immigrants constitue alors un enjeu spécifique, notamment lorsque l'immigration est combinée à des facteurs de risque supplémentaires ou à un stress post-migratoire pouvant influencer leur état de santé mentale (Levitt, Lane, & Levitt, 2005). Mais même si les taux de troubles mentaux chez cette clientèle sont similaires à ceux de la population canadienne en général (Beiser, 2005), plusieurs études mettent en lumière sa tendance à sous-utiliser les services de santé mentale en contexte migratoire en raison

des facteurs linguistiques et culturels (Cabassa, 2007; Cabassa & Zayas, 2007; Wu et al., 2009). Cependant, il est difficile d'appliquer les conclusions de ces études au contexte québécois. Dans ce cas, il semble judicieux de considérer les conclusions de ces études avec discernement, puisqu'aucune recherche, à notre connaissance, ne porte spécifiquement sur le point de vue des immigrants à l'égard des services de santé mentale reçus au Québec. L'évaluation de leur applicabilité nécessite de prendre en considération les contextes culturel, politique, idéologique, social et historique dans lesquels les soins sont distribués et les études menées. On est conscient du fait que le peu de consensus dans la terminologie utilisée par les auteurs, les écarts caractérisant les besoins des chercheurs, leurs cadres méthodologiques, les moyens de collecte de données, ainsi que l'hétérogénéité des modes de constitution des échantillons et des systèmes d'interprétation dans chaque pays rendent la généralisation des résultats difficile. Étant donné l'ampleur du phénomène migratoire au Québec, les besoins peu connus des immigrants aux prises avec des problèmes de santé mentale et l'importance de la satisfaction de leurs besoins, la recherche présentée ici avait comme objectif d'explorer le point de vue de cette clientèle à l'égard des services de santé mentale offerts à Montréal. La présente recherche, selon nous, constitue un premier regard approfondi sur l'étude de ce thème. Afin de réaliser cette étude, l'approche qualitative a été utilisée ainsi que la méthode des entretiens semi-dirigés. C'est donc à partir du discours des participants que le travail d'analyse s'est effectué. Ce travail de thèse est structuré en cinq chapitres. Le premier chapitre présente le contexte et la problématique. Le deuxième est centré sur le cadre conceptuel et le cadre théorique sur lesquels cette

étude prend appui. Le troisième présente les objectifs de l'étude et la méthodologie qui a été employée dans la réalisation de cette thèse tandis que le quatrième présente un article consacré à la recension des écrits. Enfin, le dernier chapitre porte sur les résultats. La discussion et la conclusion générale de notre étude terminent cette thèse. Enfin, les forces, les limites de l'étude et des recommandations sont également mises en lumière.

Chapitre 1

Contexte et problématique

Le Québec représente une terre d'accueil pour les milliers de personnes à qui le statut de résident permanent est accordé à la suite d'une demande d'immigration au Canada. Sur l'ensemble des 512 296 personnes immigrantes admises de 2008 à 2017, 375 518 étaient présentes au Québec en janvier 2019, soit un taux de présence de 73,3 % (Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, 2020). Selon le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (2015), le Québec a accueilli 49 042 immigrants en 2015. La majorité de ces immigrants proviennent de l'Asie (35,5 %), de l'Afrique (31,6 %), de l'Europe (16,9 %) et de l'Amérique (15,8 %). Ces données montrent que l'origine ethnique des immigrants est diversifiée et favorise une pluralité linguistique, religieuse et culturelle. Le Canada procède à la sélection des immigrants selon trois principales catégories : la catégorie des réfugiés (immigration forcée), la catégorie économique (investisseurs, travailleurs qualifiés) et la catégorie familiale (Gouvernement du Québec, 2011).

Les familles¹ immigrantes passent généralement par trois stades : le stade prémigratoire, le stade migratoire et le stade postmigratoire. Chaque stade a ses caractéristiques et ses difficultés. La phase *prémigratoire* correspond au temps passé

¹ Le terme famille se réfère globalement à un groupe de parenté, c'est-à-dire aux personnes liées par le sang, le mariage ou l'adoption. Elle peut varier de couple sans enfant à l'ensemble de parenté (Pilon & Vignikin, 2006).

dans le pays natal avant le départ. Les motifs de départ diffèrent d'une personne à l'autre (Legault & Rachédi, 2008). Dans la phase préémigratoire, la situation économique des immigrants est variable. Certaines personnes occupent des emplois prestigieux et d'autres ont des postes qui ne leur permettent pas d'améliorer leur niveau de vie (Brodeur & Shhem, 2014). De plus, le réseau social durant ce stade est central et se caractérise par l'établissement de plusieurs liens avec les membres de la famille, les compagnons de travail, les voisins, les amis et la communauté (Vatz Laaroussi, 2001). Ce réseau forme une source de soutien et de support lorsque la personne est exposée à des difficultés psychologiques, sociales ou économiques. La phase *migratoire* fait référence au trajet migratoire, au moment du déplacement vers la destination finale; c'est le lieu d'attente qui se caractérise par la rupture spatiale, sociale et historique. Cette phase peut parfois être difficile, notamment si la personne séjourne dans plusieurs pays transitoires (Fronteau, 2000) ou si elle est exposée à des risques inattendus (Vatz Laaroussi, 2001). Durant cette phase, la personne peut ressentir des émotions d'inquiétude, d'anxiété, de tristesse ou de peur. Elle peut se sentir déconnectée et détachée de sa culture d'origine (Fronteau, 2000). La phase *postmigratoire* réfère au vécu des immigrants à la suite de leur arrivée en terre d'accueil (Fronteau, 2000). Certains chercheurs mettent l'accent sur la complication du processus d'intégration des immigrants (Battaglini, Gravel, Poulin, Fournier, & Brodeur 2002), s'il y a des mécanismes d'exclusion adoptés par le pays hôte (Legault & Bourque, 2000). Dans le cas où les expériences de travail des immigrants ne sont pas reconnues, cet état peut engendrer une exclusion systématique du marché du travail et un déclassement

professionnel (Shimoni, Este, & Clark, 2003). Ces difficultés entraînent un sentiment d'échec du projet d'immigration (Hernandez, 2007).

Par ailleurs au Québec, l'immigration contribue au maintien de l'équilibre de la population, forme un atout important pour l'économie et dynamise la mosaïque culturelle. Par contre, l'immigration génère des défis d'intégration non seulement pour les immigrants (Fronteau, 2000; Moro, 2002), mais aussi pour la société d'accueil et les fournisseurs de soins de santé mentale (Lecomte, Jama, & Legault, 2006). De ce fait, en raison des troubles émotionnels que peuvent vivre les immigrants (Burgoyne, 2014), les fournisseurs de soins et les cliniciens se sentent souvent moins outillés sur le plan clinique interculturel (Bélanger, 2002). Puisque le fonctionnement des interlocuteurs est guidé principalement par la culture, cet état soulève souvent des divergences concernant les services recherchés, les modalités de recherche d'aide, les explications étiologiques de la souffrance et les stratégies d'intervention (Minn et al., 2010; Pierre et al., 2010; Tseng, 2003). La différence culturelle peut engendrer également des erreurs communicationnelles et des résistances de part et d'autre ou complexifier l'accès des patients aux soins de santé mentale (Lai & Surood, 2010; Lebrun, 2010; Sadavoy, Meier, & Ong, 2004; Stewart et al., 2011).

En effet, les écarts culturels peuvent engendrer une distance culturelle entre les patients, les praticiens et les fournisseurs de soins (Cabassa & Zayas, 2007; Chen & Vargas-Bustamante, 2011; Martin, 2009; Pierre et al., 2010). La distance culturelle

désigne l'inverse de la proximité culturelle. Elle résulte des divergences et des différences qui séparent les valeurs et les normes de la culture d'accueil de la culture d'origine (Chen & Hu, 2002; Hofstede, 2001). Lorsque la distance culturelle est importante entre les interlocuteurs, les interactions se complexifient (Chen & Hu, 2002; Hofstede, 2001). Les perceptions différentes agissent sur les processus psychiques et déclenchent des états affectifs et comportementaux.

Par conséquent, la distance culturelle peut amener les patients à adopter la stratégie du non-recours aux soins fournis par les milieux cliniques s'ils n'ont pas accès à des services culturellement adaptés (Acharya & Northcott, 2007; Beiser, Simich, & Pandalangat, 2003; Chow, 2010; Guruge, Thomson, & Seifi, 2015; Lai, 2003; Lai & Chau, 2007; Lai & Surood, 2008, 2010; Lebrun, 2010; Sadavoy et al., 2004; Stewart et al., 2011). Ces chercheurs ont montré que les immigrants sous-utilisent les services en santé mentale en raison des obstacles linguistiques et culturels. Bien qu'il existe de nombreux autres facteurs (p. ex., personnalité, scolarité, variables sociodémographiques, connaissance ou non des services existants, degré d'acculturation, etc.) pouvant influencer significativement le rapport des immigrants aux services conventionnels de santé mentale en contexte migratoire, il semble que la culture se trouve en tête de file (Kirmayer, 2012). Dans ce sens, plusieurs auteurs mettent en évidence la complexité de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire (Burgoyne, 2014; de Plaen et al., 2005; Gaztambide, 2012; Hassan & Rousseau, 2007; Jaouich, 2007; Kirmayer, 2007, 2008; Laungani, 2004; Montgomery & Tamouro, 2012; Sue, 2001). Cette complexité

s'explique principalement par le fait que les conditions et les concepts cliniques qui permettent de bien intervenir en contexte intraculturel sont différents de ceux qui assurent une intervention adéquate en contexte interculturel (de Jong & van Ommeren, 2005; Lecomte et al., 2006).

En mettant l'accent sur cette complexité, les différents acteurs et décideurs pourront amorcer l'adaptation des services de santé mentale à la réalité des patients d'origines ethniques diverses. Fournir des soins aux immigrants requiert une compréhension de la façon dont la culture affecte l'accès aux soins, les aspects de l'adaptation et de la santé mentale, la manière dont l'immigrant explique son problème, sa façon d'y faire face et sa stratégie privilégiée concernant la forme d'aide et le traitement recherchés, sans négliger son langage et les liens qu'il tisse avec son unité familiale et les intervenants (Lai & Surood, 2010; Lecomte et al., 2006; Stewart et al., 2011).

Dans la littérature actuelle, un consensus semble s'être constitué autour de l'importance d'adapter l'intervention clinique en contexte migratoire aux particularités culturelles des immigrants (Kirmayer, 2012; Lecomte et al., 2006; Poacreau & Martins-Borges, 2013), mais très peu de recherches ont analysé les perceptions qu'ont les migrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale au Québec (Ahmed & Bates, 2012; Tucker et al., 2003), afin d'adapter les soins, et ce, en dépit du nombre croissant de recherches qui montrent l'importance du développement des compétences interculturelles (Basáñez, Blanco, Collazo, Berger, & Crano, 2013; Gullekson, Tucker,

Coombs, & Wright, 2011). La plupart des études réalisées ont été menées auprès des professionnels de la santé mentale (Burgoyne, 2014; de Plaen et al., 2005; Hassan & Rousseau, 2007). Ainsi, l'absence de la vision des usagers limite la possibilité de l'adaptation des services aux besoins culturels spécifiques de cette clientèle et ne permet pas de réduire ou d'éliminer les obstacles aux soins (Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Une meilleure connaissance des perceptions des usagers s'avère alors fondamentale (Tucker et al., 2003).

Le chapitre suivant présente les différentes notions et les approches théoriques qui seront prises en considération dans le cadre de cette étude.

Chapitre 2
Cadre conceptuel

Considérant les différents rôles que peuvent jouer les concepts dans le champ de la psychologie interculturelle, ce présent chapitre est centré sur l'explication d'un ensemble de notions fréquemment utilisées par les cliniciens interculturels.

Définition des concepts

Ce chapitre présente des notions utilisées en ethnopsychiatrie et en psychologie interculturelle. Ces notions faciliteront l'explication des problèmes de santé mentale touchant les immigrants. Elles permettront aussi la compréhension de la complexité de l'utilisation des services de santé mentale en contexte migratoire. Ces notions sont regroupées sous quatre concepts : (1) la culture; l'acculturation; (2) le trouble mental; et (3) le traitement.

La culture : une définition

La notion de culture est complexe à définir. Marie-Rose-Moro mentionne l'existence de 300 définitions de cette notion (Moro, 2004). Malgré leur pluralité, ces définitions ne font pas consensus en raison de la position théorique de chaque concepteur. Ici, nous allons mettre l'accent sur les éléments principaux de la définition de cette notion selon les auteurs consultés. Selon Vinsonneau (2003), la culture est la dimension acquise du comportement humain. Par l'éducation, précise cet auteur, la

personne intérieurise la manière de penser et de percevoir le monde. Ainsi, la culture, en tant que structure particulière, production sociale et processus relatif et évolutif, constitue un corpus de valeurs et d'informations caractérisant une société donnée.

Elle intègre, selon Kroeber et Kluckholn (1952), un système de sens d'une communauté, son corpus groupal de comportements transmissibles, donc des règles, des conventions et des codes. Elle est constituée et constituante. À ce titre, elle est construite et en retour construit l'homme (Handwerker, 2002) et moule sa personnalité (Mezzich et al., 1993) à partir des modèles inscrits dans la vie quotidienne, la langue et les interactions sociales. Elle est le cadre de référence, l'ensemble des représentations caractérisant et distinguant un groupe de personnes par rapport aux autres groupes (Camilleri & Cohen-Émerique, 1989; Casteran, 1997). En d'autres termes, la culture désigne les standards de comportements, les croyances, les postulats sur l'existence, les savoirs théoriques et pratiques, les différentes dimensions constituant le mode de vie d'une société (Gaw, 2001; Harwood, 1981). Mais chaque culture a des postulats, des systèmes de significations et des traits spécifiques qui évoluent avec le temps (Kleinman, 1996).

La culture est une dimension qui influence le développement psychique de la personne; elle forme l'arrière-plan socioculturel dans lequel les individus se développent; elle se caractérise par un pattern, un style unique, une configuration favorisant chez tous les individus vivant dans une même société l'apparition d'un

ensemble de traits analogues et d'attitudes constituant la personnalité de base (Kardiner, Linton, Prigent, & Lefort, 1969).

La culture forme le psychisme, guide les opérations mentales, dessine la personnalité, apprend aux individus d'appréhender le monde et affecte la perception et la conception du temps (p. ex., linéaire ou cyclique, social, astronomique, etc.) et de l'espace (Vinsonneau, 2003).

La culture offre, selon Gaw (2001), une compréhension à la maladie et des modèles pour exprimer la souffrance par des symptômes particuliers, des signes et des paroles traduisant le vécu (p. ex., somatisation, possession). Elle influence le processus clinique (Baubet & Moro, 2013). En effet, la culture affecte par ses dimensions idéationnelles la relation patient-thérapeute, notamment lors de l'évaluation, du diagnostic et du traitement (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Les standards culturels guident toutes les décisions prises par les praticiens. Par exemple, en Occident, la culture structure la pratique clinique en définissant le rôle du clinicien et celui de son patient. Ce dernier doit alors être motivé et coopérer au traitement. En plus, la culture dirige la vision du clinicien lors de l'évaluation clinique d'un comportement (Gaw, 2001; Pierre et al., 2010). Également, les décisions cliniques sont basées sur la culture locale (p. ex., l'individualisme, la démarche quantitative, etc.) et professionnelle (p. ex., explication biomédicale, cognitivo-comportementale, médecine alternative, etc.). Dans certaines cultures non occidentales, le clinicien est un expert, une autorité qui détient le

savoir, la sagesse et les connaissances qui lui permettent de diagnostiquer le problème du patient et de déterminer ses causes et son traitement. Ce clinicien parle plus que le patient et guide ce dernier. Ainsi, quand le clinicien et le patient sont différents sur le plan culturel, leurs conceptions reliées à la façon d'agir en intervention et leurs visions concernant les relations entre le corps, l'esprit et l'environnement, ainsi que la genèse du problème et le traitement diffèrent également (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

La recherche de l'aide psychologique est aussi guidée par la culture (Dutt & Kit, 2014; Pierre et al., 2010), tandis que la fréquence des rencontres avec le thérapeute et leur durée varient également. Selon Fang (2010), les formes thérapeutiques recherchées diffèrent selon les groupes d'immigrants. Certains font appel à l'aide psychologique et psychiatrique juste quand leurs symptômes s'aggravent; d'autres utilisent les thérapies traditionnelles et les sources du soutien informel. Certains privilégient la consultation d'un intervenant de la même origine ethnoculturelle.

Chaque communauté culturelle possède ses propres repères permettant de décoder le sens culturel du fonctionnement humain (Kleinman, 1988a, 1988b; Pierre et al., 2010). Dans certaines sous cultures, par exemple les adeptes du courant mystique musulman, la communication par le rêve se fait visionnaire avec les Saints et les proches vivants ou décédés (Hirt, 2006). Le rêve ici n'est pas un symptôme, mais une source et une voie privilégiée de la révélation gnostique qui permet d'une part, de recevoir des

instructions spirituelles du maître, mort ou vivant, et d'autre part, de guider et de renseigner le rêveur sur son vécu spirituel (Speziale, 2017). Ainsi, des visions mystiques peuvent se produire lors des moments de méditation spirituelle (p. ex., rencontrer un maître, un saint).

La culture configure la pensée (p. ex., idées animistes, athéisme, pensée analogique, religiosité, etc.). Elle fixe les perceptions associées aux événements et détermine l'expression des comportements (Pierre et al., 2010), alors que les qualifications des événements par des sens culturels spécifiques régissent le déclenchement des émotions, des sentiments et des affects (Baubet & Moro, 2013). Par exemple, en Amérique du Nord, un sentiment de honte est ressenti quand les individus sont forcés d'exprimer leur expérience de dépression. De plus, un sentiment de désespoir les affecte, puisqu'ils se sentent éloignés de l'idéal du « *Il faut être heureux* » (Lutz, 1982). La conception des autochtones habitant les Andes de l'Équateur perçoivent la dépression comme résultat d'un malheur qui leur arrive ou d'un tort qui leur est fait. Dans ce contexte, l'entourage tente d'identifier l'individu qui a causé le mal et lui demande de faire une amende honorable (Tousignant, 1982). Par contre, être dépressif et l'exprimer aux autres ne suscite pas chez la personne appartenant à cette communauté un sentiment de honte ou de culpabilité, puisqu'elle n'est pas responsable de ce qu'il lui arrive. La culture influe également sur le raisonnement. La culture mystique par exemple, contrairement à la culture rationnelle, accorde une place centrale au cœur et à l'acquisition de la connaissance par le dévoilement intuitif et l'inspiration (El Kadiri, 2004).

Les interprétations affectent les impressions sensorielles dirigées vers le système nerveux (Gaw, 2001). Ces impressions sont perçues par les notions qui leur donnent un sens selon la culture (Ellenberger, 1974; Pierre et al., 2010). Les individus sont porteurs d'un ensemble de notions qui peuvent apparaître contraires aux notions par lesquelles les autres interprètent les réalités vécues (p. ex., possédé, schizophrène, rêve visionnaire, etc.). Ces notions, qui représentent une unité cohérente et singulière, sont difficiles à modifier et déterminent la perception et l'orientation du fonctionnement psychologique (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Ainsi, elles structurent les esprits et la manière d'utiliser l'appareil psychique.

Pour mieux comprendre l'impact de la culture sur le comportement, nous allons lire deux observations publiées par un médecin de l'armée coloniale française, le Dr Gustave Martin (Ellenberger, 1959) :

J'ai vu dans un hôpital de la capitale, un Annamite traité pour 'troubles mentaux', parce que ce malheureux, à chacune des visites du médecin chef de salle, se prosternait devant lui, en faisant les trois grands lais réglementaires. Or cette marque extérieure de respect - signe de grande déférence et de suprême politesse - se traduisait sur la feuille d'observation par la mention d'idées d'humilité, d'indignité, de culpabilité. (p. 29)

Un ancien élève de la mission catholique de Brazzaville nous assure qu'il est monté au Ciel. Là, il a été reçu par l'Ange Gabriel et par Saint-Pierre qui tenait une grande crosse à la main. (p. 30)

Que faut-il penser de ces deux cas? S'agit-il d'une psychopathologie ou plutôt d'un ensemble de comportements normaux dans leur propre contexte culturel? (Ellenberger, 1959).

Vu que la langue constitue une dimension centrale de la culture, le monde et les événements de la vie sont donc organisés mentalement selon la langue et le contexte conditionnant notre pensée (Sapir, 1929). Certaines notions de la langue X contenant des significations spécifiques n'ont pas d'équivalence dans les autres langues naturelles, ce qui rend la traduction et le décodage du sens impossibles (Lomas, 2019). La langue en tant qu'organisation permet de structurer la compréhension du monde (Whorf, 1956) : deux individus parlant deux langues différentes et observant un même événement naturel seront amenés à vivre deux expériences distinctes. La culture d'une société se reflète donc dans le vocabulaire qu'elle emploie : les Italiens par exemple ont plusieurs termes qui renvoient à l'environnement naturel des arbres, à la forêt et au bois comparativement aux Espagnols. Les Eskimos ont un lexique riche et qui permet de décrire les différentes circonstances et textures associées à la neige (Roy, 1986).

De plus, les mots de la langue ne possèdent pas de manière précise le même sens. Un terme utilisé dans une culture peut ne pas couvrir certaines significations couvertes par le même terme dans une autre culture (Lomas, 2019). Les associations de termes font naître des sens et des représentations mentales spécifiques qui poussent les gens à découper la réalité et les phénomènes différemment (Whorf, 1956). D'une culture à l'autre, on ne décode donc pas la même signification d'un terme : « Le terme noir est utilisé chez les Ashantis (Africains) pour toute couleur foncée : pourpre, bleu, brun; alors que le rouge désigne le jaune, le rose, l'orangé » (Klineberg, 1957, cité dans

Oléron, 1972, p. 210). Chez les Kazakhs, cinq couleurs de base correspondent à des directions de l'espace :

1. « Noir (qara) = Nord;
2. Blanc (aq) = Ouest;
3. Bleu (kök) ou gris (ala, boz) = Est;
4. Rouge (qyzyl) ou or (altyn) = Sud;
5. Jaune (sary, saryg) = Milieu » (Renaud, 2000, p. 111)

D'une culture à l'autre, les humains ne se situent pas non plus dans le même temps.

Le temps est également un aspect fondamental de la culture. La question du temps est traitée selon deux conceptions majeures : le temps cyclique et le temps linéaire. Le temps linéaire ressemble à la flèche; il a un début et une fin, il vient du passé et va vers le futur. Le temps cyclique fait référence à des phases successives, à la succession du jour et de la nuit, des saisons de la lune et du soleil et d'autres phénomènes naturels (Pirenne-Delforge & Tunca, 2003). C'est un fragment de la durée qui peut signifier aussi une minute, une heure, un jour, une semaine, un mois ou un siècle. Le temps est pensé en termes de cuisson du riz, du couscous, de prières, de fêtes, de saisons, etc.

Il est donc crucial de comprendre que le temps est subjectif dans un contexte interculturel, ce qui fait en sorte que le rythme de la vie quotidienne se trouve modulé par les normes et les valeurs culturelles. Certains immigrants ne se soucient pas beaucoup de l'heure et peuvent se présenter plus tard au rendez-vous (le African Time, le Russian Time) et d'autres n'ont simplement pas l'habitude des horaires. Dans ce sens, il est suggéré d'adapter le cadre de référence et d'intervention à la réalité interculturelle afin d'éviter la punition d'un client qui arrive après 15 ou 30 minutes. Une formule

de 90 minutes serait plus appropriée. De plus, le caractère rigide du cadre thérapeutique (50 minutes) ne prend pas en considération la nécessité de la mise en place d'un cadre d'échange interpersonnel dans une relation interculturelle (le préambule de salutations, la chaleur humaine, les échanges sur les proches et les événements); cet échange interpersonnel en apparence banal est indispensable pour développer une alliance thérapeutique : un cadre thérapeutique souple et flexible est souhaitable.

En résumé, la culture est le propre de l'homme. Elle est un produit collectif et se transmet à travers les générations et les époques. Elle est le corps symbolique de l'homme. C'est un élément essentiel qui influence directement le développement de la personne, mais qui est également la source des problèmes qu'elle éprouve. Elle entraîne des problèmes émotionnels et des conflits, donne la forme extérieure à l'aliénation mentale et façonne le comportement. La culture sert d'instrument explicatif ou interprétatif au clinicien et constitue un facteur nosologique et diagnostique (Mezzich, Caracci, Fabrega, & Kirmayer, 2009), ainsi qu'un élément thérapeutique et protecteur. C'est un instrument pour distribuer les soins (Baubet & Moro, 2013; Moro, 1994).

L'acculturation

L'acculturation désigne ce processus résultant d'un contact continu avec des individus porteurs de cultures différentes (Berry, 1997). L'acculturation n'annule pas la culture initiale, mais construit un nouveau modèle culturel qui englobe la richesse des systèmes culturels en contact avec la personne (Berry, 1985). Par contre, l'acculturation

peut entraîner le choc culturel (Oberg, 1960). En effet, le changement de l'environnement socioculturel et des habitudes constituent une source de malaise (Berry, 1997). Les confrontations interculturelles occasionnent habituellement un état de dépassement, des incompréhensions, des incongruités, des incompatibilités, une désorientation angoissante et un état de détresse psychique (Fronteau, 2000). La personne dans un contexte d'acculturation fait appel, selon Berry et Sam (1997), à des stratégies pour s'adapter au pays d'accueil. Quatre stratégies d'acculturation sont identifiées, à savoir : la *séparation* (valoriser la préservation de sa propre culture et le non-développement des liens avec la culture du pays hôte); l'*intégration* (préservation de son identité culturelle tout en construisant des liens avec la culture dominante); l'*assimilation* (ne pas préserver sa culture d'origine tout en valorisant l'adoption de la culture de la société d'accueil) et la *marginalisation* (ne pas conserver sa culture d'origine tout en refusant d'adopter l'identité culturelle du pays hôte).

Le Modèle d'acculturation Interactif (Bourhis, Moise, Perreault, & Senecal, 1997) envisage l'acculturation sous l'angle de la psychologie des relations entre les immigrants en tant que minorité et la société d'accueil. Il offre une analyse selon laquelle les immigrants et le groupe majoritaire peuvent endosser de nombreuses orientations d'acculturation qui les influencent dans leurs interactions intergroupes. Le groupe dominant entretient des attentes concernant la manière dont le groupe minoritaire devrait s'intégrer dans la société hôte. Ses attentes sont guidées selon l'une de ces deux positions distinctes : (1) il est souhaitable que le groupe minoritaire maintienne sa

culture d'origine; (2) il est souhaitable que ce groupe adopte la culture du groupe majoritaire. Chaque position est associée à des orientations différentes d'acculturation à l'égard du groupe minoritaire. Certaines orientations valorisent la culture des immigrants (Bourhis, Montreuil, Barrette, & Montaruli, 2018) : l'intégration permet à l'immigrant de conserver sa culture d'origine tout en s'appropriant la culture du groupe majoritaire; elle permet aussi d'adapter certaines dimensions de la culture majoritaire aux valeurs culturelles des immigrants; l'individualisme s'intéresse à l'accomplissement individuel des immigrants peu importe leur culture d'origine. Les autres orientations d'acculturation du groupe majoritaire rejettent la culture de l'autre. Par exemple, l'assimilation nécessite l'abandon de la culture d'origine minoritaire afin d'adopter la culture du pays hôte. L'orientation de ségrégation n'exige pas l'abandon de la culture d'origine si elle n'influence pas la culture dominante. Elle permet au groupe majoritaire de garder ses distances à l'égard des minorités immigrantes et ne privilégie pas que celles-ci adoptent sa culture. Les exclusionnistes sont contre la conservation de la culture minoritaire et refusent que l'immigrant adopte les valeurs du pays hôte. Ils sont pour l'expulsion des minorités dévalorisées dans leur société d'origine. Ces orientations d'acculturation ont un effet important sur l'insertion des immigrants et sur les interactions intergroupes, qui peuvent être adaptées, difficiles ou problématiques (Bourhis et al., 2018).

Le trouble mental : une définition

Le trouble mental est un concept assez récent, il succède à ceux de l'aliénation mentale et de la folie; mais de façon générale, il est une altération de l'état de santé mentale, un état morbide, une anomalie qui gravite autour d'une idée centrale selon laquelle il y a un dysfonctionnement de l'esprit (Barlow, Durand, & Gottschalk, 2016). C'est un concept qui éveille dans l'esprit de la population en général un sens négatif ou l'image de troubles mentaux sévères et persistants (Habimana & Cazabon, 2013). Il est relié à ce qui doit être corrigé ou évité. C'est un signal d'alarme, dont les symptômes sont un témoin de l'état de l'esprit. Il s'agit d'une affection qui touche tous les humains :

Non pas que la folie soit une pure invention [...] Il y a bien [...] une réalité de l'expérience de devenir ou d'être fou, [...] et qui fonde la prétention des sciences psychologiques d'en arriver à une connaissance universelle, métaculturelle [...] (Paradis, 1992, p. 13)

Le concept de trouble mental est un concept juridique qui désigne selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5 (DSM-5; APA, 2015) :

Un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. (p. 22)

Aucune définition ne précise de façon opérationnelle le sens et les frontières du concept de « trouble mental »; ce dernier est difficile à définir et implique une différenciation entre les troubles « mentaux » et les troubles « physiques » malgré les interactions existant entre la composante mentale et la composante organique (Barlow et

al., 2016). Selon Wakefield (2006), le trouble mental est perçu comme un concept subjectif, évaluatif et guidé par les valeurs sociales; c'est un jugement de valeur qui porte sur des conditions et des comportements socialement construits, désapprouvés et visant le contrôle social par le pouvoir médical. Selon cet auteur, le trouble mental est un concept ambigu, indéterminé et flou, puisqu'il est difficile de le distinguer de manière objective et authentique des problèmes existentiels, des situations socialement indésirables et des conditions perçues comme négatives, mais normales. Pour ce même chercheur, le trouble mental peut être le produit de la défaillance des mécanismes du système de représentations. La confusion du sens du trouble mental s'explique aussi par le fait que d'autres notions ont été utilisées en tant que synonymes de trouble mental tels que la maladie mentale, l'affection mentale, la folie, l'aliénation mentale, la souffrance mentale, etc. (Barlow et al., 2016).

Le trouble mental n'est pas synonyme d'un désordre cérébral et ses causes sont encore inconnues (Bergeron, 2005). Selon Haynal (2011), les modèles théoriques des neurotransmetteurs qui expliquent la pathogénèse des troubles mentaux ainsi que l'effet de la médication ne sont que des hypothèses qui ne résistent pas aux critiques (Bergeron, 2005). Les médicaments psychiatriques proposés aux patients depuis les années 50 sont des substances qui n'ont pas été développées principalement pour traiter les troubles psychiques. Leur utilisation en santé mentale est associée tout simplement au hasard (Laliberté, 2011) lorsque les experts ont constaté que ces matières chimiques modifient la quantité des neurotransmetteurs, ce qui a amené ensuite à la conception d'une vision

biomédicale du trouble psychologique. L'observation de certains effets de la médication psychiatrique a conduit les experts à développer l'hypothèse d'un dysfonctionnement au niveau cérébral (Haynal, 2011).

Selon Briganti et Linkowski (2019), en santé mentale, le concept de maladies mentales laisse la place au concept de trouble mental, tel que décrit par le DSM-5 (APA, 2015) et qui est perçu comme un syndrome. Le syndrome est perçu, quant à lui, comme un ensemble de symptômes en lien avec un état morbide donné et qui permet de poser un diagnostic. Les causes du syndrome diagnostiqué sont généralement mystérieuses et inconnues. En effet, pour ces mêmes auteurs, les cliniciens en santé mentale sont incapables d'identifier « [...] une cause qui, complètement éliminée, fasse disparaître l'entièreté de la présentation symptomatologique du patient, tel l'effet qu'une administration d'antibiotique aurait sur une infection causée par un germe particulier [...] » (Briganti & Linkowski, 2019, p. 1). Puisque, selon ces mêmes auteurs, des recherches ont avancé l'hypothèse qu'une cause principale pour les troubles mentaux est difficile à identifier car il n'existe pas de cause centrale, il est donc important d'étudier la causalité selon la *théorie network des troubles mentaux*. Selon cette théorie (Briganti & Linkowski, 2019) :

[...]; au lieu d'être causés par une entité invisible, les symptômes psychiatriques se causent mutuellement [...] Par exemple, si un patient possède des ruminations anxieuses, il pourra présenter des troubles du sommeil et il sera dès lors plus fatigué; la fatigue va générer un certain stress, qui va à son tour augmenter les ruminations. Avec une telle activation par rétroaction, l'état mental du patient peut dégénérer, jusqu'à ce qu'il puisse être défini comme un trouble mental. (p. 1-2)

En résumé, le trouble mental est un trouble des représentations de l'esprit dont les fondements sont l'intentionnalité, la conscience, la pensée, les repères logiques, la logique affective et émotionnelle et la capacité à faire des liens cohérents avec les objets et les êtres. Ses causes centrales sont encore mystérieuses (Bergeron, 2005). De plus, il n'y a pas de cause unique pour certains troubles (Habimana & Cazabon, 2013).

Diagnostic du trouble mental. Le diagnostic du trouble mental est très problématique et se caractérise par l'absence de marqueurs biologiques (Bergeron, 2005; Nestler, 2013), l'instabilité et le manque de fiabilité et de validité. Malgré ces constatations, les mêmes psychotropes sont utilisés pour soigner des troubles mentaux largement différents (First, Regier, & Kupfer, 2002) alors que le DSM, dépourvu d'un pouvoir explicatif permettant de guider les interventions cliniques, encourage le recours à un protocole unique de traitement (Nef, Philippot, & Verhofstadt, 2012). Les notions du DSM reposent aussi sur la subjectivité et le consensus des experts américains. Ces consensus changent dans le temps et selon les contextes socioculturels et les valeurs de soins. Le diagnostic donne les mêmes traits psychopathologiques à des personnalités différentes et à des expériences individuelles distinctes (Kirk, Gomory, & Cohen, 2013). Aussi, le DSM sous-estime la valeur de la sphère psychologique dans la genèse du trouble mental. Même si la dépression par exemple peut résulter entre autres d'un conflit psychologique, d'une pensée irrationnelle ou irréaliste, d'un sentiment d'impuissance ou de dévalorisation de soi, etc. (Nef et al., 2012), la cible centrale du traitement est la chimie cérébrale.

Le diagnostic est complexe, car les frontières entre les troubles mentaux ne sont pas tracées de manière objective, puisqu'un même symptôme renvoie à des troubles très différents (Glenmullen, 2001; Kirk et al., 2013). Les critères du DSM sont fragiles. La fidélité inter-juges engendre souvent une discordance des diagnostics et la validité des catégories est souvent discutable dans la mesure où il y a peu de tests externes faits pour les valider. Il y a aussi un nombre de critères qui se trouvent souvent dans plusieurs types de problèmes de santé mentale, ce qui peut confondre le diagnostic ou pousser la personne à se trouver dans plusieurs troubles en même temps. En effet, selon Kirk et Kutchins (1998), la fiabilité est très problématique en psychiatrie et l'introduction du kappa n'a pas pu résoudre le sérieux problème qui fait en sorte que les praticiens formulent des diagnostics différents pour un même patient.

La fidélité inter-juges diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne des pathologies organiques. La science permet également de conclure que le consensus majoritaire des experts ne garantit ni la justice des causes, ni l'exactitude des faits, ni la cohérence clinique des énoncés :

Dans le DSM, on ne postule pas que chaque trouble mental soit une entité circonscrite, aux limites absolues l'isolant des autres troubles mentaux ou de l'absence de trouble mental. On ne décrit pas non plus que tous les individus décrits comme ayant le même trouble mental, se ressemblent par ailleurs [...] Un clinicien qui n'est pas habitué aux nuances culturelles de références d'un individu peut, à tort, considérer comme psychopathologique des variations normales du comportement, des croyances ou de l'expérience propres à la culture d'un individu. (American Psychiatric Association, 1994, p. XXXV)

Par conséquent, certaines pratiques ou pensées religieuses peuvent être perçues comme des expressions d'une psychopathologie (Charuty, 2000). Dans ce sens, le diagnostic du trouble mental est culturel (Mezzich, Ruiperez, & Villa, 1984), notamment que la pathologie mentale est influencée par la culture. Selon Paradis (1992), la pathologie mentale : « [...] porte la marque des acteurs qui s'affairent autour d'elle. Elle [...] prend la couleur de leurs intérêts de connaissance, de leurs valeurs, de leurs préoccupations, de leur langage, de leurs institutions » (p. 4). Chez les Africains par exemple, les consultations divinatoires permettent de formuler un diagnostic et un traitement alors qu'en Occident, le diagnostic des problèmes de santé mentale se basent sur les connaissances psychologiques. En Inde, c'est la religion, les esprits et les mythes qui expliquent et traitent les désordres mentaux (Charuty, 2000). Dans certaines cultures, la spiritualité joue un rôle important dans l'explication de ces désordres (Nichter, 1981). Un diagnostic du trouble mental est donc une lecture culturelle de l'expérience de la personne; elle varie selon le courant théorique du clinicien, ses représentations conceptuelles sur le trouble et ses valeurs (Brinkmann, 2016). De plus, les instruments de mesure et d'évaluation diagnostiques occidentaux sont incompatibles avec les personnes porteuses d'une culture différente. La différence culturelle perturbe la validité et l'exactitude des résultats; ce qui peut conduire à une sur-pathologisation ou également à une sous-pathologisation de ces individus. Ce constat nécessite alors un effort sur le plan de la méthode qui guide le recours aux instruments de mesure (Flaherty et al., 1988). Ainsi, vérifier l'équivalence du contenu, l'équivalence sémantique, l'équivalence

technique, l'équivalence quant au critère et l'équivalence conceptuelle est important (Ionescu, 2015).

Par ailleurs, selon Bosma (2006), en raison de la variabilité des facteurs qui influencent la démarche développementale de la personne, l'attribution d'un trouble mental à un seul et unique facteur est problématique. Le DSM écarte le rôle de la trajectoire développementale dans la genèse de la psychopathologie, puisque les critères pour le diagnostic d'un trouble mental X sont les mêmes tout au long des phases développementales de l'individu. Écarter le rôle de la sphère développementale s'explique aussi par le fait que le DSM utilise la détresse subjective et le dysfonctionnement de la personne comme deux critères majeurs de l'atteinte d'un trouble mental. Or, ces deux critères ne s'appliquent pas à tous les individus et sont inappropriés pour les enfants. Certains enfants ayant des troubles neuro-développementaux ou des troubles de comportement n'éprouvent pas nécessairement la détresse subjective selon ce même auteur.

De plus, le diagnostic psychiatrique ne prend pas en compte que le fonctionnement de la personne en interaction avec son environnement et son développement peuvent s'améliorer ou se détériorer selon le contexte (Kirk & Kutchins, 1998). Une leçon à tirer des expériences des personnes atteintes de troubles émotionnels et des études portant sur la psychopathologie développementale indique que les trajectoires individuelles, l'adaptation et l'inadaptation de l'individu, ses forces et ses limites, sa vulnérabilité et sa

résilience expriment de manière continue et complexe un processus développemental et contextuel particulier (Perret & Faure, 2006). Également, la psychologie différentielle (Huteau, 2013) n'est pas prise en compte par le DSM. Certes, si certains individus ont des traits qui les prédisposent à développer une inadaptation (p. ex., tempérament difficile, etc.), d'autres sont stables et harmonieux, même en étant exposés à un niveau de stress élevé (Bosma, 2006). Le DSM ne prend pas en considération la nature probabiliste de ses critères, car un même risque peut conduire à de multiples troubles émotionnels et le même trouble mental peut exprimer des trajectoires et des causes différentes; la raison n'est pas que les critères du DSM sont sans importance, mais que leur influence n'explique pas toutes les perturbations mentales et comportementales (Perret & Faure, 2006). En outre, le DSM ne considère pas non plus que les phénomènes qui conduisent à des psychopathologies dans les pays industriels sont différents des phénomènes qui peuvent conduire aux troubles mentaux dans les pays traditionnels (Pichot, 1981). Ceci soulève un ensemble de questions qui exigent de considérer la richesse des données psychopathologiques, la totalité de l'expérience du patient et d'adopter une approche psychopathologique intégrative (Habimana, Éthier, Petot, & Tousignant, 1999). D'ailleurs, que signifie la notion de normalité? (Marcelli & Cohen, 2009). Désigne-t-elle l'absence du conflit? La santé? Une normalité statistique? Un idéal de valeurs à atteindre? Une forme d'adaptation? L'absence d'un déséquilibre excessif ou d'une inadaptation brutale? Posséder un héritage biopsychosocial limitant l'adaptation à l'environnement ou à une nouvelle situation? Et à quel moment le clinicien doit diagnostiquer un trouble? Lorsque la conduite morbide affecte les ressources

intrapersonnelles ou lorsqu'elle perturbe les relations interpersonnelles ou bien quand elle affecte la trajectoire développementale et les processus de développement?

Culture et trouble mental. L'étiologie actuelle est fondée sur une nosographie qui diffère selon plusieurs approches théoriques (Jonesco, 2015). Par conséquent, les agents causaux sont d'ordre cérébral, infectieux, organique, etc. Aussi, l'étiologie des troubles mentaux diffèrent selon les cultures (Ellenberger, 1959; Pierre et al., 2010). En Occident, on localise les causes du désordre mental à l'intérieur de la personne selon les approches biologique, psychanalytique, cognitiviste, etc. Dans les sociétés traditionnelles, on accorde une place centrale au rôle des forces surnaturelles, des dieux et des sorciers dans la genèse de ce désordre (Pierre et al., 2010). Les théories étiologiques traditionnelles sont nombreuses et non exclusives telles les aberrations organiques, les conflits sociaux et familiaux, la possession par un ancêtre, un diable ou un esprit, le chamanisme et la voyance, le mauvais sort, le mauvais œil, l'empoisonnement, le contact d'une personne méchante, la malchance, etc. (Ellenberger, 1974; voir Tableau 1).

Dans ces sociétés traditionnelles, le Monde invisible est souvent utilisé comme agent causal et prend des formes différentes : impact des forces surnaturelles, des sorciers et des esprits (Nathan, 1988; Pierre et al., 2010). La responsabilité de l'individu dans ce système explicatif diminue, car le rôle des agents surnaturels et des relations sociales problématiques est puissant (Ellenberger, 1974).

Tableau 1

*Les différentes théories traditionnelles de la maladie et ses traitements
(adapté de Ellenberger, 1974)*

Théorie de la maladie	Traitements
1. Pénétration de l'objet malade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extraction de l'objet-malade ▪ Sa recherche, son retour et sa réintégration ▪ Exorcisme
2. Perte de l'âme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extraction mécanique de l'intrus
3. Possession démoniaque. Dans sa forme somnambulique, la personne perd toute sa conscience et se fait le porte-parole du démon. Dans sa forme autre forme lucide, la personne garde sa conscience et sent l'esprit ou le démon qui l'habite. La possession peut être volontaire (technique mentale artificielle) ou involontaire (elle s'impose).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envoie du démon dans un autre être vivant
4. Sorcellerie, magie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contre-sorcellerie
5. Violation d'un tabou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confession, propitiation

Au Rwanda, l'ensorcellement associe l'apparition et le développement d'une psychopathologie aux concepts d'envie, de possession et de vengeance par les esprits familiaux *abazimu* et la possession par les esprits *ibitega*. La possession par les esprits familiaux s'explique par des demandes de respect ou de réparation lorsqu'il y a eu négligence à leur endroit (Habimana & Tousignant, 2003).

Contrairement au modèle biomédical qui soutient la vision des fondements pathologiques universels, la psychiatrie transculturelle postule que la culture façonne les troubles mentaux sur les plans d'expression (Simons & Hughes, 1985; Simpson, 1980), d'explication et d'intervention et influence grandement la psychopathologie (Gone & Kirmayer, 2010; Hinton & Good, 2009; Kirmayer & Bhugra, 2009; Kirmayer, Mezzich, Kleinman, & Fabrega, 1996).

Dans ce même ordre d'idées, Devereux (1970) classifie les troubles mentaux en quatre types : les désordres chamaniques, les désordres ethniques, les désordres-types déterminés par la culture comme la possession et la psychose et les désordres idiosyncrasiques qui ne sont pas culturellement déterminés, mais forment le résultat de la souffrance personnelle. Devereux (1970) affirme que la culture fournit des modèles d'inconduites que la personne peut reproduire quand elle est exposée au stress. C'est pourquoi il est important d'adapter les questions diagnostiques à la culture du patient (Flaherty et al., 1988; Kirmayer & Bhugra, 2009), notamment que la culture dicte les bonnes questions à poser, indique le sens et la signification de la réponse et guide le processus d'élaboration d'un plan d'évaluation (Ganino & Bravo, 1999). La culture permet de mieux comprendre le motif de la consultation du patient, la nature de sa plainte, ainsi que comment celui-ci pense, ressent et se comporte (Group for the Advancement of Psychiatry, 2001). La communication est donc importante, puisque seules certaines de ses dimensions peuvent permettre l'accès au psychisme du patient (Bateson, 1981).

La culture permet aussi de décoder les standards et les valeurs qui servent de base à l'évaluation clinique, au processus d'assistance dans la culture du patient et à ses propres perceptions de sa situation (Snacken, 1991). Elle permet aussi au clinicien de savoir si le patient a une difficulté ou exprime un besoin et si sa situation exige une hospitalisation, une médication ou une thérapie traditionnelle, un travail ou un logement. Elle facilite au clinicien, lors de l'entretien clinique, la compréhension du statut accordé au patient dans sa famille et dans son groupe d'appartenance (Pierre et al., 2010). Elle indique comment conduire cet entretien clinique : occidentaliser l'approche ou non, etc. (Snacken, 1991). Il est aussi important de tenir compte de la variabilité de l'évaluation diagnostique. L'étude de Leff (1974) a montré que les cliniciens occidentaux s'accordaient sur des évaluations concernant des patients provenant des pays industrialisés, tandis que leur accord s'affaiblissait lorsque les patients appartenaient à une culture non occidentale. En revanche, les cliniciens non occidentaux avaient plus de chance d'atteindre un accord concernant l'évaluation diagnostique des patients occidentaux et des patients non occidentaux, car ces cliniciens avaient reçu une formation occidentale et possédaient en même temps une expérience clinique auprès des patients porteurs d'une culture traditionnelle et des patients occidentaux.

Lors de l'évaluation diagnostique, les incompréhensions résultent d'un désaccord entre les problèmes perçus par le client et les problèmes perçus par l'intervenant, ainsi qu'entre l'intervention attendue par le premier et celle proposée par le deuxième (Snacken, 1991). Par exemple, selon ce dernier auteur, dans certaines cultures non

occidentales, avoir un trouble de santé est équivalent à une période de repos qui permet au patient de réduire ses activités quotidiennes et de recharger ses batteries affectives d'attention et d'amour reçus dans l'environnement familial.

Par ailleurs, la compréhension du comportement normal ou pathologique doit être fondée principalement sur l'étude de l'interaction individu-environnement culturel (Kirmayer & Bhugra 2009). Le fonctionnement humain est complexe (Habimana et al., 1999) pour être envisagé comme un ensemble de comportements à analyser uniquement à un niveau symptomatique. La prise en compte de l'influence de la variable culturelle sur le comportement et faire appel à des bases théoriques multidimensionnelles sont importants (Habimana et al., 1999). Certes, les approches psychopathologiques sont nombreuses et ne portent pas le même regard macro ou microscopique sur la même conduite (Marcelli & Cohen, 2009). Ces approches ne voient pas la même chose en étudiant un même comportement et n'utilisent pas la même méthode en élaborant des significations différentes. Les critères de normalité ne doivent alors pas se baser sur un simple repérage de symptômes. Par conséquent, l'évaluation clinique doit être faite avec des nuances (Habimana & Cazabon, 2013).

Le traitement

Le traitement avec ses différentes modalités (Habimana & Cazabon, 2013) est une relation thérapeutique reposant sur des bases scientifiques entre un clinicien et un patient afin de s'épanouir en tant que personne, de surmonter le comportement dysfonctionnel

ou de résoudre des problèmes existentiels. Le traitement implique le recours à des moyens pour soulager la souffrance du patient (Habimana & Cazabon, 2013). Les moyens thérapeutiques sont nombreux et vont de l'utilisation des interventions psychosociales comme vecteur essentiel de la thérapie jusqu'au recours à d'autres techniques variées, comme l'art-thérapie, la médiation corporelle et la prescription d'une médication psychiatrique, en particulier dans la prise en charge de troubles mentaux graves et persistants (Pichot & Allilaire, 2003). Toutes les techniques utilisées en thérapie, en fonction de leurs indications spécifiques et de leurs bases théoriques, ont pour but d'éradiquer ou diminuer les symptômes et l'aspect morbide dont souffre le patient afin d'améliorer l'état de santé mentale de celui-ci (Habimana & Cazabon, 2013, Pichot & Allilaire, 2003).

Pour traiter les troubles émotionnels, la psychiatrie moderne cherche leur cause dans des lésions cérébrales qui restent toujours mystérieuses et introuvables afin de les traiter (Bergeron, 2005). Selon cet auteur, le modèle neurochimique, basé sur la biologie moléculaire et la biomédecine, constitue le modèle le plus dominant en psychiatrie. Il soutient le point de vue selon lequel les troubles mentaux sont universels et reflètent un désordre purement neurobiologique (Streit, 1998). Mais ce modèle est incapable d'expliquer l'étiologie générale des pathologies mentales et se contente de démontrer les impacts de la médication psychiatrique sur la chimie cérébrale (Bergeron, 2005).

Selon Postel (2012), d'autres chercheurs et praticiens se sont centrés sur la psychogénèse des troubles mentaux et donc sur le conflit psychique et le sens attribué au symptôme. Dans ce cas, les psychothérapies constituent une autre forme de traitement.

Un autre modèle qui a permis de modifier les attitudes et le rapport de la société et des cliniciens aux troubles mentaux est d'ordre social. Ce modèle a montré le lien existant entre l'environnement et l'apparition du trouble mental, son évolution et son traitement.

Les limites scientifiques et les contradictions de ces trois modèles ont contribué au développement d'une nouvelle approche intégrative qui s'éloigne des paradigmes linéaires : le modèle biopsychosocial qui exige de prendre en considération durant le processus d'évaluation et d'intervention les composantes biologique, psychologique et sociale (Habimana & Cazabon, 2013). Selon ce dernier modèle, la genèse des troubles et leur traitement sont multidimensionnels (Postel, 2012). Mais selon ce dernier auteur, les progrès du cognitivisme et des neurosciences ont relativisé l'explication et l'efficacité de ce modèle intégratif. À la suite de ce constat, le développement scientifique a permis aux neurosciences de découvrir les systèmes neuronaux et d'établir une cartographie biochimique du système nerveux. Mais cette évolution n'a pas toujours connu une application concrète en psychopharmacologie (Postel, 2012).

Le traitement et la culture. Dans chaque communauté culturelle, des prêtres, des chamans et des directeurs de conscience de toutes les religions, etc. ont depuis toujours réfléchi au traitement du trouble mental afin de développer des moyens pour améliorer l'état de santé des personnes concernées (Fabrega, 1994; Huber, 2005). La connaissance des visions du monde de plusieurs sociétés a permis de comprendre que le traitement est différent selon les systèmes culturels et les époques, puisque chaque culture possède son propre système de références pour exprimer certaines dimensions associées au trouble mental (Paradis, 1992). À titre d'exemple :

À l'époque de Rush et de Pinel [...] le traitement de la folie consistait [...] à drainer tout ce qui pouvait obstruer et irriter l'intestin, le foie et l'estomac et se propager, par voie de métastase ou de sympathie au cerveau [...] Puis vint l'époque, révolutionnaire elle aussi, des sédatifs et des narcotiques [...] étaient déjà couramment utilisés pour diminuer rapidement le pouls et tranquilliser les plus violents. (p. 22)

Comme l'évaluation et le diagnostic (Mezzich, 2002), le traitement est structuré et influencé par les valeurs culturelles (Pierre et al., 2010). Il est lié à l'explication culturelle de la maladie. Selon Streit (1998), une cause physique nécessite un traitement des symptômes physiques. Si la cause est surnaturelle, le traitement est spirituel. Quand la maladie est perçue comme un résultat des conflits familiaux ou sociaux, le traitement est alors groupal et interpersonnel. Selon ce dernier auteur, le recours à la psychothérapie en Occident reflète une vision individualiste de la personne selon laquelle l'individu est autonome et capable de s'autotransformer indépendamment de l'environnement social. En ce sens, son comportement dysfonctionnel peut être modifié à l'aide de l'introspection. Mais dans certaines cultures orientales (p. ex., la culture

asiatique) ajoute cet auteur, cette technique thérapeutique est peu efficace. L'utilisation de la parole pour changer le comportement au Japon est inadéquate, car la verbalisation des problèmes est difficile et les traits de personnalité sont perçus comme non modifiables. Toutefois, une réflexion profonde au Japon est efficace. En Chine, les émotions sont exprimées de manière indirecte par l'utilisation des proverbes, notamment que la médecine chinoise évite l'excès des émotions, car cet excès est source principale de la pathologie (Wu, 1982, cité dans Streit, 1998). La médecine chinoise encourage cependant l'expression de l'émotion de manière indirecte et non verbale. De plus, la révélation de l'aspect intime et l'expression de l'émotion ne sont pas valorisées dans les cultures centrées sur le groupe en raison de l'importance de respecter la vie intime familiale (Sue & Sue, 1990).

Selon White et Marsella (1982), quand les Japonais font appel à l'introspection, leur finalité est de renforcer leurs schèmes relationnels, notamment l'empathie et le rapport aux autres. Également, les patients orientaux répondent brièvement, car le thérapeute est actif. Le thérapeute, en tant qu'autorité possédant le savoir, est donc directif; ceci explique le volume bas de la parole et les réponses brèves du patient oriental (Streit, 1998).

Certains patients non occidentaux évitent le contact visuel en psychothérapie en raison des codes culturels (respect de l'autorité, pudeur, etc.). Leur agir ne reflète pas nécessairement l'évitement, la méfiance, la dépendance, l'immaturité ou une attitude

paranoïde (Sue & Sue, 1990). Ce sont alors leurs valeurs qui orientent la communication visuelle lorsqu'ils sont en contact avec une personne ayant une position sociale spécifique. Ces patients ne sont pas non plus hostiles ou en colère lorsqu'ils parlent fort en thérapie (Sue & Sue, 1990).

Par ailleurs, l'implication de la famille en intervention interculturelle est cruciale (Barudy, 1992; Segura, 2003; Vatz-Laaroussi, 1993). Elle permet de renforcer la cohésion familiale, de répondre aux besoins de la famille en tant que système et de considérer le patient en tant qu'individu faisant partie d'un système (Pierre et al., 2010). L'approche familiale est importante dans certains contextes lorsqu'elle se base sur l'utilisation de l'espace familial comme lieu d'intervention, car l'immigrant vit sa culture dans son chez soi, dans cet espace intime représentant un lieu sacré et de sécurité où les traditions se perpétuent; la maison du patient forme le lieu où le pays d'origine et l'univers se reconstruisent (Segura, 2003).

Dans cet espace familial, l'utilisation de la langue du patient est fondamentale lors de l'intervention. Elle permet l'expression des émotions profondes et la compréhension du discours culturel du patient en captant le sens qu'il donne à ses plaintes (Gailly, 1991). Elle facilite le recours à ses objets culturels et familiaux (Segura, 2003) : musique, prières, livres, photos, espace réservé à la pratique religieuse, espace réservé aux invités, etc. Dans certains contextes, l'implication de l'interprète semble importante (Moro, 2004). Selon Snacken (1991), l'interprète traduit les propos du patient et de

l'intervenant, capte leurs significations culturelles, repère dans le discours du patient les mots ayant des sens variés et décrit les contextes associés à l'utilisation de ces mots dans le pays d'origine. Il peut contribuer au déblocage de l'expression de certaines plaintes, mais il peut aussi bloquer l'expression d'autres; il peut faciliter le changement, mais s'il fait partie de la famille du patient, il peut dans certaines situations de conflits familiaux générer des problèmes de communication (Snacken, 1991). Sa présence peut même être indésirable quand il appartient à une communauté d'appartenance ayant des conflits avec celle de la famille immigrante dans le pays d'origine.

Pour Gailly (1991), le matériel culturel reçu par le thérapeute en évaluation clinique doit être perçu comme un produit de nature culturelle et non psychologique. Parfois, le patient peut accepter de continuer de souffrir, car sa culture proclame la primauté de la famille. Ainsi, certaines suggestions occidentales techniquement correctes peuvent produire des effets nuisibles. La souffrance peut signifier dans certaines cultures également une preuve que le patient est en vie ou une occasion pour le repos. Le Tableau 2 donne un résumé des traitements traditionnels du trouble mental.

Tableau 2

Les différentes formes de traitements traditionnels (adapté de Ellenberger, 1974)

Traitements	Description du traitement
Guérison par la confession	La confession est souvent publique. Elle est guidée par des religieux. Elle est centrée sur la vocation des dieux, l'exhortation et la pénitence.
Guérison par l'assouvissement	Permettre au malade de réaliser son rêve et d'assouvir ses désirs frustrés
Guérison cérémonielle	Permet de réactualiser les rites de la communauté, la prise en charge est assurée durant quelques jours par un groupe social ou de guérisseurs. La danse religieuse, les chants en groupe, la musique, les costumes et les gestes magiques sont le cœur de ce traitement.
Guérison par incubation	Le malade doit être couché sur le sol, dans une grotte ou chambre souterraine et avoir une vision onirique pour guérir : voir un dieu, entendre une voix, recevoir un oracle, etc. Le jeûne, la consommation d'eau de sources sacrées sont centraux. Les visiteurs boivent des liquides spéciaux et vivent des expériences mystérieuses : le voyage, l'attente, les récits de guérison, etc.
Guérison par l'hypnose	Le guérisseur produit chez le malade un état hypnotique ou semi-hypnotique par ses propres pouvoirs qu'il possède.
Guérison par la magie	Utilisation parfois rationnelle des drogues, des poisons efficaces. Probablement, ils ont un effet placebo. Pouvoir parapsychologique : télépathie et clairvoyance. Recours à la suggestion, à la supercherie et à la prestidigitation. La communauté et les malades croient en l'existence et en l'efficacité de la magie.
Guérison par les temples	L'exorcisme.
Psychothérapie philosophique	Techniques d'entraînement mentale de la secte Zen, le Yoga, longue période de silence, méditation, pratique de consolations, évoquer les joies passées et futures, répétition de maximes à haute voix, maîtrise des passions : freiner les formes les plus brutales des manifestations émitives; consulter un mentor réfléchi, s'engager avec l'aide de ce dernier dans un effort de maîtrise de soi.

Tableau 2 (suite)

Les différentes formes de traitements traditionnels (adapté de Ellenberger, 1974)

Traitement	Description du traitement
Thérapeutique religieuse	La prière, les vœux, le pèlerinage, confession individuelle à un prêtre qui garde le secret
Cure d'âmes	Confession individuelle à un pasteur apte à recevoir les secrets accablants
Psychothérapie scientifique	L'utilisation de différentes techniques thérapeutiques rationnelles et scientifiques sous une forme interpersonnelle
Le guérisseur est celui qui a hérité les savoirs de guérison. Il est le chef, le prêtre, le chaman, la personne jouissant d'un grand prestige au sein de sa communauté. Il est très instruit et très habile. La personnalité de celui-ci est l'un des principaux agents de guérison. Son traitement est d'ordre psychologique. Il est souvent public. Le thérapeute est un spécialiste qui applique les techniques de la thérapeutique psychique ou physique. Il est rationnel.	

Cadre théorique

Dans ce chapitre, notre effort est centré sur la présentation et la clarification de la vision de la psychologie interculturelle et de l'ethnopsychiatrie afin de mieux comprendre le fonctionnement des patients immigrants. Cette compréhension permet de faciliter l'accès aux soins en contexte migratoire

La psychologie interculturelle

Les chercheurs en psychologie interculturelle ont constaté que les immigrants parviennent à vivre dans une société culturellement différente et à s'adapter au contexte socioculturel du pays hôte (Sam & Berry, 2006). Cette constatation a permis de

comprendre que le maintien du contact avec la société d'accueil n'implique pas forcément la perte de l'identité culturelle d'origine (Schwartz, Unger, Zamboanga, & Szapocznik, 2010). Cette donnée a amené les fournisseurs de services de santé mentale et les praticiens à découvrir qu'un traitement identique ne peut être administré à des patients porteurs de cultures différentes; que les protocoles curatifs occidentaux peuvent échouer lorsqu'ils sont utilisés auprès des immigrants non occidentaux (Lecomte et al., 2006). Par conséquent, la sous-utilisation des services de santé mentale par les communautés immigrantes a poussé les experts à proposer des services de consultation culturelle (Lecomte et al., 2006). Se doter des services de santé mentale qui font appel à la culture et à la psychologie en contexte migratoire est devenu alors central.

La psychologie interculturelle est un courant scientifique qui étudie le lien entre le système culturel et le fonctionnement humain (Licata & Heine, 2012). Un des postulats du courant de la psychologie interculturelle postule que la culture influe sur le comportement humain, mais aussi que la dimension psychologique influence la culture (Licata & Heine, 2012). La psychologie interculturelle recouvre la totalité du champ d'étude des liens entre culture et comportement humain. Différents modèles psychologiques ont été construits pour étudier l'interculturalité ainsi que ses impacts sur l'individu et la société. Selon Camilleri (1995), la psychologie interculturelle apporte une compréhension approfondie des rapports entre la dimension psychique et l'aspect culturel et permet principalement une réflexion qui facilitera l'acceptation de l'Autre et de réduire l'impact de l'ethnocentrisme. Le modèle francophone centré sur les stratégies

identitaires a été élaboré par Camilleri (1990). Ce modèle postule que les immigrants vivent la relation interculturelle comme un conflit qui affecte leur identité. Les stratégies identitaires ont alors pour but de préserver l'unité du Moi et de s'adapter au contexte culturel du pays hôte (Camilleri, 1989). Quant aux études anglophones, les recherches ont été centrées sur les démarches d'acculturation et leur effet individuel et social. Berry (2000) a élaboré un modèle qui étudie les stratégies d'acculturation. Selon cet auteur, l'immigrant dans un contexte d'acculturation recourt à des stratégies afin de s'adapter au pays hôte. De façon globale, ces deux modèles ont eu une grande influence sur la recherche en psychologie interculturelle.

L'approche interculturelle

Sous l'influence de la psychologie interculturelle et de l'anthropologie médicale, plusieurs pratiques d'intervention ont été élaborées pour améliorer l'accès aux services offerts aux immigrants (Bourassa, 1997; Chiasson-Lavoie & Roc, 2000; Cohen-Émerique, 1993, 2000). Parmi les différentes pratiques existantes, il y a l'approche interculturelle proposée en France par Margalit Cohen-Émerique. Cette démarche d'aide est essentielle pour établir une communication qui réduit l'effet des incompréhensions, des malentendus (Cohen-Émerique, 1993, 2000) et des mécanismes d'exclusion (Bourque, 2000) qui engendrent des obstacles aux soins et des difficultés d'intégration. L'approche interculturelle forme une façon qui prend en compte la singularité culturelle des patients, la diversité de leurs visions du monde et l'hétérogénéité de leurs valeurs et croyances (Legault & Bourque, 2000). C'est un outil clinique qui permet la

reconnaissance de l'Autre dans ses appartenances plurielles et complexes et qui nécessite que les fournisseurs de soins et les cliniciens soient ouverts aux identités culturelles des immigrants (Flye Sainte Marie, 1997). Elle implique la prise en considération du processus migratoire (Fronteau, 2000), de l'exil et des techniques de négociation afin de résoudre la situation-problème de l'immigrant. L'intervention interculturelle vise à adopter une vision relativiste plutôt qu'universaliste (Casteran, 1997).

Spécifiquement, l'approche interculturelle permet d'établir un cadre thérapeutique qui se caractérise par trois moments : (1) la décentration; (2) la connaissance de la culture de l'Autre; et (3) la négociation et la médiation (Cohen-Émerique, 1993, 2000). Selon cette auteure, la *décentration* permet de réfléchir et de prendre une distance de son cadre de référence en tant que clinicien et de sa vision lors du contact interculturel. Par l'autocritique, cette étape réflexive vise le repérage des dimensions spécifiques qui bloquent la communication (valeurs, normes, etc.). La décentration est donc centrée sur la connaissance de soi, ainsi que sur la relativisation de ses propres vérités perçues comme « absolues et universelles ». Elle vise la prise d'une distance par rapport à soi-même en vue de prendre conscience des « zones sensibles » qui occasionnent le choc culturel lors du contact avec l'immigrant, ainsi que la relecture de ses propres représentations, de ses normes et de ses sous-cultures qui influencent son histoire de personnalité. Sans ce processus réflexif, l'ouverture à l'autre semble complexe et difficile. La *découverte du cadre de référence* de l'Autre est un processus qui consiste à

pénétrer dans la culture de l'autre et à connaître le dedans de ses particularités. Il est complémentaire à celui de décentration. Ce processus nécessite de « sortir de soi » pour rejoindre l'autre dans son univers culturel. Il se focalise sur l'Autre en tant que cas individuel et singularité culturelle. Lors de cette étape, la découverte des caractéristiques du processus migratoire de l'immigrant et de sa démarche subjective d'acculturation semble fondamentale. La *négociation* et la *médiation* interculturelles sont deux démarches permettant de résoudre le conflit de valeurs et les oppositions qui caractérisent l'intervention auprès des immigrants. La négociation est un échange où chaque partie, en tant que personne porteuse d'un système culturel spécifique, de filtres et des modèles de perceptions, est invitée à respecter les valeurs de l'Autre tout en aboutissant à une solution qui fait sens pour les deux parties. Lors de cette dernière étape de l'approche interculturelle, l'intervenant et son patient visent le repérage, par le dialogue, d'un minimum d'accords, des compromis, des rapprochements réciproques, c'est-à-dire un certain consensus. En d'autres termes, l'approche interculturelle permet de savoir analyser et comprendre les interactions interculturelles grâce au savoir théorique centré sur le repérage de la sphère sociocognitive influençant les relations interculturelles et par la connaissance approfondie de la notion de culture, d'identité et des réalités internationales et d'immigration (Flye Sainte Marie, 1997). L'approche interculturelle renvoie donc à la liaison, à l'échange et à la réciprocité; elle évite la rupture, la coupure, la séparation et le conflit (Guerraoui, 1997).

L'ethnopsychiatrie

L'ethnopsychiatrie constitue un deuxième modèle d'intervention qui s'adresse aux immigrants dont le fonctionnement psychologique est affecté. L'ethnopsychiatrie se compose de deux pratiques d'intervention : la *psychiatrie transculturelle* et l'*ethnopsychanalyse* (Lecomte et al., 2006).

La psychiatrie transculturelle

La psychiatrie transculturelle signifie :

[...] une pratique qui postule l'universalité de la pathologie mentale, mais considère qu'il est essentiel de repérer les manifestations spécifiques de cette maladie reliées à la culture dans laquelle le sujet a été élevé [...] les modalités d'intervention utilisées sont celles de la psychiatrie conventionnelle et reposent sur ses conceptions (Lecomte et al., 2006, p. 8.)

Selon Lecomte et al. (2006), la psychiatrie transculturelle perçoit la pathologie mentale comme universelle et donc identique d'une communauté culturelle à l'autre. Ce modèle postule l'universalité du trouble mental et accorde une certaine importance à la singularité culturelle de l'expression de la pathologie (Gone & Kirmayer, 2010; Hinton & Good, 2009; Kirmayer et al., 1996; Kirmayer & Bhugra, 2009).

Dans ce modèle, le thérapeute utilise la formulation culturelle (Radjack, Baubet, El Hage, Taieb, & Moro, 2012) pour identifier les causes probables et les facteurs qui contribuent à l'apparition et au maintien des difficultés du patient (Lewis-Fernández & Díaz, 2002; Mezzich, 1995). Selon Kirmayer et al. (2012), la formulation culturelle permet au thérapeute d'organiser les données cliniques obtenues et de structurer la

compréhension de la dynamique du patient. Elle est donc centrée sur les explications culturelles de la pathologie qui sont associées à la sphère émotionnelle de l'individu (Kirmayer & Bhugra, 2009; Lewis-Fernández, 1996), ainsi que sur ses idiomes de la détresse (Kirmayer et al., 2012; Nichter, 1981). Le thérapeute considère également les postulats culturels reliés à la dimension psychosociale sans oublier que, dans certaines cultures, le soutien religieux alimente les facteurs intrapsychiques du rétablissement (Lewis-Fernández, 1996).

Pour Gailly (1991), en psychiatrie transculturelle, les cliniciens ont accordé une importance particulière aux processus d'assistance à utiliser auprès des immigrants (Rizzi, 2015) et ont essayé de comprendre dans quelle mesure les fournisseurs de soins peuvent offrir des services et les stratégies occidentales d'assistance aux patients non occidentaux (Rechtman & Welsh, 1993). Certains fournisseurs de soins et intervenants modifient les processus d'assistance occidentaux par la prise en compte de certaines conceptions religieuses ou culturelles non occidentales (Kirmayer et al., 2012; Kirmayer, & Bhugra, 2009). Malgré ces retouches, les processus d'aide restent fidèles aux fondements et aux postulats culturels occidentaux. Ici, les fournisseurs de soins et les cliniciens transculturels ne font qu'adapter les postulats des approches cliniques occidentales qui ne tiennent pas réellement compte des variables traditionnelles des immigrants lors de l'élaboration des dispositifs techniques et des stratégies curatives (Streit, 1998).

Il ne suffit pas alors de considérer la culture de l'Autre, de référer aux professionnels du groupe majoritaire et d'intégrer un interprète pour venir en aide au patient de manière adéquate. Des difficultés du décalage de sens peuvent se produire (Gailly, 1991), ce qui nécessite la connaissance de la culture du patient pour capter les sens et adapter les soins (Cadignan & Rizzi, 2019). En effet, le processus d'aide suppose culturellement que les fournisseurs de soins, le thérapeute et le patient partagent « une personnalité de base », se comprennent et possèdent des connaissances communes très étendues qui leur permettent de décoder les différents niveaux des sens culturels lors de la recherche de soins et de la communication (Gailly, 1991).

Habituellement, l'intervenant occidental évalue et diagnostique les plaintes du patient sous l'influence de sa vision culturelle et réfère ce dernier à un service particulier de santé mentale (Gailly, 1991). Cette vision ethnocentrique oriente sa manière de communiquer avec le patient, détermine les questions à poser, les données à récolter ou à ignorer, les procédures cliniques à respecter, les services à offrir et le modèle clinique vers lequel il souhaite orienter ce patient (Gailly, 1991). Mais la réalité interculturelle nécessite d'abandonner cette logique purement occidentale, de sortir de son soi afin de rejoindre le patient dans son monde culturel et de considérer ses significations (Cadignan & Rizzi, 2019), car c'est ce dernier qui est l'expert de son problème.

Ainsi, la reconnaissance et la valorisation des techniques d'assistance traditionnelles peut sécuriser le patient et renforcer l'alliance thérapeutique (Kirmayer et al., 2012),

notamment que la manière dont le patient conçoit son problème révèle sa définition de celui-ci ainsi que les services à offrir et la trajectoire curative à adopter (Gailly, 1991). Ici, selon ce dernier auteur, le système culturel sert d'outil relatif qui permet aux différents acteurs et aux patients d'interpréter la réalité, de la transformer et de l'approcher (Rizzi, 2015). Pour certains immigrants, l'hôpital peut être remplacé par l'espace thérapeutique à la maison (Segura, 2003) ou par un centre communautaire ethnoculturel qui accorde une place à la famille et aux membres de la communauté. S'efforcer alors de procéder d'une manière qui apparaît signifiante pour le patient est fondamental (Rizzi, 2015).

Pour Streit (1998), le modèle explicatif utilisé en clinique transculturelle doit être commun aux fournisseurs de soins, au patient et au thérapeute. Il ne doit pas être indépendant de la culture du patient (Kleinman, 1988a, 1988b) étant donné que l'objectif de l'accès aux soins est de permettre à l'individu de restaurer son équilibre d'une manière culturellement appropriée (Rechtman & Welsh, 1993). Il doit être cohérent avec sa vision du monde et générer de nouvelles perspectives quant à l'explication du trouble qui se manifeste au niveau de la pensée ou du comportement (Rechtman & Welsh, 1993). L'importance accordée à la vision médicale ou au monde intérieur du patient dans l'explication des problèmes psychologiques, selon Streit (1998), peut amener les fournisseurs de soins à banaliser l'impact de l'environnement et du monde extérieur dans les vécus traumatiques.

En transculturel, le thérapeute peut viser le changement de la personnalité du patient afin qu'il s'adapte à sa nouvelle situation ou la modification de l'environnement pour soulager la souffrance du patient (Rizzi, 2015). Mais le lien en thérapie transculturelle est essentiel. Il doit être solide pour que la technique thérapeutique soit efficace (Gaw, 2001). Dans certains cas, l'utilisation de la psychothérapie peut être problématique en raison des différences culturelles (Gaw, 2001). Par exemple, dans certaines cultures, les hommes ont de la difficulté à exprimer leur souffrance, car celle-ci est perçue comme un signe de faiblesse. C'est pourquoi les thérapeutes ont besoin de distinguer entre ce qui est culturel et universel, ainsi que de faire appel à l'approche qui prend en compte la perspective du patient et la variable culturelle dans le processus thérapeutique, tout en valorisant la perspective scientifique qui réfère aux dimensions communes à tous les humains (Gogukian Ratcliff & Strasser, 2009; Zeller & Le Hoang, 2019).

Selon Snacken (1991), durant l'intervention, le codage culturel des plaintes peut être inaccessible aux fournisseurs de services et aux intervenants ethnocentriques (p. ex., j'ai mal au ventre). Ainsi, un service occidental cliniquement pertinent peut culturellement nuire au patient, notamment lorsque les données culturelles fournies par les patients sont considérées comme un matériel de nature pathologique par le praticien occidental. Selon Snacken (1991), l'inconnaissance de la culture du patient peut amener les fournisseurs de soins et les intervenants tôt ou tard à donner un mauvais sens à ses difficultés (Benito, 2019; Rizzi & Moro, 2017); c'est alors engager le patient dans un chemin qui peut avoir un impact plus nocif que celui de ses difficultés. Une analyse sémanticoculturelle semble

donc nécessaire en contexte d'intervention : un mal de ventre peut signifier entre autres une difficulté psychologique (Snacken, 1991).

L'ethnopsychanalyse

L'ethnopsychanalyse, deuxième modèle de l'ethnopsychiatrie, critique l'utilisation des approches purement occidentales auprès des patients ayant un système culturel différent, car ces dispositifs finissent par l'échec en raison de la négligence de la dimension anthropologique en thérapie (Lecomte et al., 2006). Il convient de préciser, selon ces auteurs, que ce modèle est présenté comme un protocole de soins qui accorde une place centrale à la différence socioculturelle et qui s'adresse aux patients migrants pour qui les stratégies thérapeutiques occidentales sont inefficaces en raison de la variable anthropologique. Selon ce modèle, le patient intérieurise la culture de la société dans laquelle elle évolue et par conséquent, la matrice socioculturelle influence le fonctionnement de celui-ci (Sturm, 2011). L'intervention ethno-psychanalytique se focalise sur le psychisme du patient sans oublier ses déterminants culturels et sociocontextuels (Elghezouani, 2016; Mouchenik, 2019). Elle est, selon ses fondateurs, attentive à son système étiologique, à son système de références, au processus migratoire, à son origine ethnoculturelle et à sa famille (Baubet & Moro, 2000). Elle véhicule les hypothèses culturelles du patient et les hypothèses psychanalytiques (Lecomte et al., 2006). Elle perçoit la psychopathologie et les symptômes en tant que signe exprimant un conflit intrapsychique, des désirs opposés. Pour ces auteurs, la finalité de cette intervention est de corriger, par des prescriptions thérapeutiques basées

sur le matériel culturel du patient et le matériel psychanalytique, les dérèglements psychoculturels et interpersonnels de celui-ci (Baubet & Moro, 2000; Chalverat, de Jonckheere, Steck, & Elghezouani, 2017; Moro, 1992). L'ethnopsychanalyse est fondée par *Georges Devereux*. Elle est représentée par *Tobie Nathan* et *Marie-Rose Moro*.

Georges Devereux (1972) a construit l'ethnopsychanalyse et ses fondements théoriques. Selon Laplantine (2007), il a introduit la notion du complémentarisme en tant que généralisation méthodologique entre le matériel de la psychanalyse et celui de l'anthropologie, en s'inspirant du principe physique d'incertitude de Heisenberg (= il est impossible de connaître simultanément la vraie position et la vitesse exacte d'une particule), afin de mieux comprendre les problèmes auxquels sont exposés les immigrants grâce à une « fécondation réciproque des concepts clefs » (Devereux, 1970, p. 3-4) sous-tendant ces deux domaines :

Dans le cadre d'une tentative pour comprendre l'homme de manière significative, il est impossible de dissocier l'étude de la culture et celle du psychisme, précisément parce que psychisme et culture sont deux concepts qui, bien qu'entièrement distincts, se trouvent l'un par rapport à l'autre en rapport de complémentarité heisenbergienne. (Devereux, 1970, p. 59)

Ce double discours qui considère conjointement les concepts clefs de la culture et de la psychanalyse semble nécessaire à l'explication des problèmes de l'immigrant. Devereux a donc élaboré une synthèse qui montre que la dimension psychologique et la dimension socioculturelle sont toutes les deux obligatoires et nécessaires à la compréhension du patient (Laplantine, 2007). Faire appel à la psychanalyse et à l'anthropologie permet, selon le complémentarisme de Devereux, de construire un

espace thérapeutique efficace basé sur les lunettes psychanalytique et anthropologique car : « Lorsque l'on observe un individu, ce qui, pour le psychologue est "en dedans" de cet individu est "en dehors" de lui lorsque le sociologue le considère en tant que membre de l'ensemble dont il fait partie. » (Devereux, 1972, p. 12).

Selon Devereux (1978), en clinique auprès des migrants, il y a trois situations différentes : (1) *intraculturelle* : le thérapeute et le patient partagent la même culture; (2) *interculturelle* : le thérapeute et le patient n'appartiennent pas à la même culture, mais le premier connaît la culture du deuxième; et (3) *métaculturelle* : le thérapeute et son patient ne partagent pas la même culture et le thérapeute ne connaît pas la culture de l'autre.

Devereux n'a pas élaboré un dispositif clinique spécifique pour les patients migrants; ses travaux sont surtout théoriques (Moro, 2012). Et même si l'universalité du fonctionnement psychique et la spécificité culturelle forment deux piliers de la théorie de Devereux, les leviers culturels ne sont pas un but en soi, car ils s'effacent lorsqu'ils ne remplissent plus leur rôle de récit, d'expression des affects ou de transfert (Moro, 2012). Ici, la dimension universelle s'impose inévitablement (Devereux, 1969). De sa théorie et de sa méthode découle clairement une façon qui incite le thérapeute à intégrer la dimension culturelle comme levier clinique en thérapie de manière complémentariste (Laplantine, 2007). Mais pour Devereux, la culture n'est pas nécessairement une source de facilitation de thérapie; elle peut former un des obstacles aux soins lorsqu'elle

véhicule un ensemble de pensées irrationnelles ou idéologiques qui bloquent l'accès à un traitement efficace (Moro, 2012) : le recours au culturel dans le discours de Devereux vise l'accès aux universaux. C'est ce qui explique le fait que celui-ci écarte l'utilisation des rituels en thérapie et se focalise sur le recours à la psychanalyse. En d'autres termes, Devereux fait appel à l'anthropologie, mais réellement, il ne préconise pas l'adaptation du cadre thérapeutique à la culture du patient (Moro, 2004). Malgré la présence de la dimension culturelle dans son discours, il est clair qu'il est un universaliste (Moro, 2004); la psychanalyse reste pour lui une méthode et une théorie sacrées qui dépassent les thérapies traditionnelles.

Tobie Nathan (1986) a élaboré une démarche qui exige de tenir compte des faits culturels en intervention clinique, ces faits auxquels les praticiens n'accordaient a priori aucune valeur clinique. Nathan, contrairement à Devereux, par sa critique de certains dogmes psychanalytiques incompatibles avec les patients migrants, accorde une place centrale aux déterminants culturels et psychologiques du patient. Le but de cette vision est de mieux conduire un diagnostic ethno-psychanalytique et manier la lecture du matériel culturel et psychologique de celui-ci (Moro, 2004). Pour Nathan, le postulat d'un sujet universel indépendant de sa culture est une carence épistémologique avancée par « des savants monothéistes réfléchissant solitaires dans un fauteuil de cuir » et ayant des conséquences dévastatrices en clinique (Nathan, 1993). La culture, avec Nathan, fait partie intégrante de la personne migrante (Moro, 2004) et l'immigration est automatiquement traumatique, car elle engendre une rupture entre la culture intériorisée

et la culture externe (Moro, 2012). Pour Nathan, le psychisme n'est pas alors un appareil animé uniquement par des mécanismes psychiques ou qui s'autorégule de manière indépendante de la culture. La culture et le psychisme sont pour lui deux systèmes qui exercent un impact important sur l'immigrant (Laplantine, 2007).

Contrairement à Devereux, Nathan (1986) a construit un dispositif groupal spécifique pour prendre en charge la souffrance des immigrants. Ce dispositif permet au patient de collaborer avec une communauté de thérapeutes afin de construire le sens de ses difficultés. Cette communauté de thérapeutes est formée d'une dizaine de professionnels, répartis dans le local de manière circulaire, capables de manier les langues et les systèmes d'interprétation en raison de la diversité de leurs perspectives culturelles et professionnelles (Lecompte et al., 2006). Cette diversité a pour but d'enrichir les différentes interprétations du trouble psychologique et les thérapeutes évitent habituellement l'utilisation des concepts abstraits de la psychanalyse. L'un de ces intervenants maîtrise la langue du patient. Durant la séance ethno-psychanalytique (Lecompte et al., 2006), le référent ayant conduit la famille expose le problème du patient dans la langue maternelle de ce dernier.

Le thérapeute principal guide les cothérapeutes et influence le patient. Le monde surnaturel de celui-ci est convoqué lors de la consultation. Ce thérapeute se centre sur le discours du patient et sur les liens d'attachement que celui-ci tisse avec les vivants et les morts, les objets et les forces surnaturelles. Il doit alors comprendre le monde invisible

en tant que monde de pensées afin de détacher le patient de sa pathologie (Moro, 2004). La croyance et le monde de pensées sont alors considérés comme des leviers thérapeutiques (Lecomte et al., 2006). Selon ces auteurs, les rituels, les activités et les objets traditionnels, etc. constituent entre autres des prescriptions utilisées dans ce modèle d'intervention. Ils sont des agents thérapeutiques centraux pour Nathan (1986). Les objets traditionnels du patient sont perçus dans ce contexte comme des moyens curatifs par lesquels s'expriment les mondes visible et invisible, interne et externe, individuel et groupal. Ils véhiculent le sens, les perceptions et les croyances et déclenchent la parole, puisqu'ils contiennent les éléments de la souffrance du patient (Lecomte et al., 2006).

Pour Nathan, un obstacle majeur à la compréhension en clinique réside dans le fait que le clinicien a l'impression qu'il comprend tout et admet rarement qu'il ne peut pas comprendre, d'où l'importance d'introduire un médiateur pour faciliter la communication (Nathan, 2000). Le patient est un individu doté d'expertise, de compétences et de techniques thérapeutiques; il peut, selon Nathan, réfuter la théorie du thérapeute. Nathan pense que l'échec des outils thérapeutiques occidentaux est inhérent aux cadres curatifs que les thérapeutes occidentaux proposent aux patients migrants. Pour Nathan, le traitement peut précéder le diagnostic, et le diagnostic peut être formulé à la fin du traitement. Le thérapeute ne peut se fier uniquement aux outils d'évaluation biomédicale, à l'observation et à la quantification des données, car il n'est pas le seul qui détient l'expertise et sa démarche unidimensionnelle est de nature idéologique et ne

concerne en rien le patient; le patient est donc le principal informateur du clinicien. La récolte de données et la thérapie ne peuvent se faire sans la contribution du patient et sans interaction relationnelle (Nathan, 2000).

Marie-Rose-Moro s'est également intéressée aux relations entre la culture et le psychisme en clinique transculturelle. Elle a élaboré, en se basant sur la théorie de l'universalité psychique de Devereux, le concept de *métissage* comme base de son modèle thérapeutique (Moro, 2004). Le concept de métissage occupe une place prépondérante dans son approche ethno-psychiatrique utilisée auprès des enfants de migrants et leurs familles. Le métissage désigne cette pluralité des appartenances culturelles et identitaires des immigrants qui permet de créer un *mélange dynamique* de cultures et des devenirs (Moro, 2004). Pour cette clinicienne éclectique, les migrants sont nécessairement des métisses.

Pour Moro, le renouvellement de la psychanalyse et le recours à d'autres disciplines sont nécessaires afin de mieux intégrer l'altérité en clinique. Cette auteure met l'accent sur le concept d'*Altérité en soi* (Moro, 2004). Ce concept fait référence à la qualité de ce qui est autre, au sentiment d'incohérence et de différence ressenti par l'immigrant lorsqu'il compare la culture interne et la culture externe, le vécu et le matériel transmis. Le thérapeute a donc besoin de reconnaître l'Altérité en soi chez son patient. Le concept de *décentrage* (Moro, 2003, 2004) est également fondamental dans l'approche de Moro. Le décentrage signifie ici cette possibilité de s'expatrier en tant que thérapeute afin de

vivre des situations ailleurs dans le monde en vue de décenter sa perception, ses techniques d'évaluation et ses stratégies thérapeutiques (Bruno, Kouassi, Moro, & Bernard, 2016).

Le dispositif de Moro à géométrie variable (Moro, 2010) se situe entre celui de Devereux et celui de Nathan. Il fait appel à la langue française quand les enfants de migrants sont bilingues, ainsi qu'à des interventions individuelles et groupales. Il permet aux thérapeutes de se centrer sur le sens culturel et le récit psychique du patient (Moro, 2010). L'intervention permet à ce dernier de réintégrer le matériel morbide et par conséquent, de devenir une personne métissée, celle qui ne perçoit pas sa culture d'origine et la culture du pays hôte comme deux cultures opposées (Moro, 2004).

Pour Moro, la consultation peut se faire avec un seul thérapeute et un interprète ou en groupe contenant plusieurs thérapeutes et un interprète (Bruno et al., 2016). Celui-ci assure la traduction du discours sur le patient, mais celui-ci a le choix de parler sa langue maternelle ou la langue du pays hôte. À la fin de chaque séance, le groupe d'intervenants analyse le contre-transfert culturel (Bruno et al., 2016). Le dispositif de Moro est complémentariste et éclectique; il se base principalement sur les concepts de la psychanalyse (Moro, 2004). Selon Moro, l'ethnopsychanalyse est indiquée pour les enfants de migrants lorsque (1) les parents évitent la consultation d'un psychiatre malgré la souffrance; (2) les parents consultent, mais n'adhèrent pas au traitement à cause des incompatibilités culturelles qui concernent les modalités de soins; (3) la pathologie de

l'individu est comprise selon les étiologies traditionnelles; et (4) la pathologie est associée au clivage entre les deux univers d'appartenance; la pathologie de l'individu est le lieu de confrontation entre deux conceptions thérapeutiques (Baubet & Moro, 2000; Moro, 2004).

La section suivante est consacrée à la recension des écrits qui a pour objectif de dresser un portrait de l'état de la recherche actuelle et de connaître ce qui a été rédigé sur la perception des immigrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. La recension des écrits permet aussi finalement une distanciation par rapport à nos préconceptions et de déterminer comment ce thème a été examiné par différents chercheurs.

Chapitre 3
Recension des écrits

Article 1 : L'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire : la perception des immigrants

**L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE
MIGRATOIRE : LA PERCEPTION DES IMMIGRANTS**

**ACCESSIBILITY OF MENTAL HEALTH SERVICES IN A MIGRATORY
CONTEXT: THE PERCEPTION OF IMMIGRANTS**

Abdelaaziz OURHOU¹

Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Sous-direction de

Saïd BERGHEUL, Ph.D., Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT),
codirecteur

Emmanuel HABIMANA, Ph.D., Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR),
directeur

Toute correspondance relative à cet article doit être acheminée à Abdelaaziz Ourhou

abdelaaiz.ourhou.09@sss.gouv.qc.ca

Clinique externe de psychiatrie

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

835, boulevard Joliet, Baie-Comeau, QC G5C 1P5

Téléphone : (450) 234-3464

Résumé

Il est essentiel d'assurer une prise en charge culturellement sensible aux besoins de santé mentale des immigrants. L'adaptation des soins en contexte migratoire est vitale afin d'éviter des évaluations et des interventions pouvant nuire à la santé mentale des populations immigrantes. Ce présent article synthétise les défis caractérisant l'accès aux soins de santé mentale selon le point de vue des usagers immigrants. Il vise à mettre l'accent sur les obstacles et les facteurs qui exercent un impact décisif sur le recours de cette clientèle à ces soins.

Mots clefs : Immigrants, perceptions, santé mentale, psychothérapie, transculturel, obstacles aux soins

Abstract

It is essential to ensure culturally sensitive care for the mental health needs of immigrants. Adaptation of care in a migratory context is vital in order to avoid evaluations and interventions that may affect the mental health of immigrant populations. This article summarizes the challenges characterizing access to care from the point of view of immigrant users. It aims to highlight the barriers and factors that have a decisive impact on this clientele's use of conventional mental health care.

Keywords: Immigrants, perceptions, mental health, psychotherapy, transcultural, barriers to care

Introduction

Cet article vise à mettre l'accent sur les recherches scientifiques ayant étudié la perception des patients immigrants, leurs visions culturelles et leurs attentes en vue de mieux comprendre la valeur clinique des pratiques de santé mentale disponibles en contexte migratoire et d'identifier les conditions qui, de leur point de vue, viennent faciliter ou limiter l'accès aux soins de santé mentale. Pourquoi est-il si important de prendre en compte le point de vue des usagers? L'existence de structures psychiatriques et des ressources psychologiques ne permet pas nécessairement d'éliminer les obstacles aux soins de santé mentale et ne garantit pas officiellement l'accessibilité à ces soins. Une meilleure connaissance de leur perception permet de mieux orienter les recherches, les choix d'interventions et l'implication des institutions. La connaissance de la vision des patients immigrants est donc cruciale. Elle permet aux acteurs et aux concepteurs des programmes d'interventions en santé mentale de mieux répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle, afin de réduire la sous-utilisation des services (Dutt & Kit, 2014). La perception qu'ont les immigrants à l'égard des soins de santé mentale en contexte québécois reste peu connue (Ahmed & Bates, 2012), et ce, en dépit du nombre croissant de recherches montrant la complexité des soins en contexte migratoire. Les chercheurs mettent l'accent davantage sur la perception qu'ont les intervenants et les fournisseurs de soins à l'égard de l'intervention interculturelle (Lucas, Michalopoulou, Falzarano, Menon, & Cunningham, 2008). Lorsqu'on aborde la question du recours aux soins de santé mentale en contexte migratoire, des études affirment que très peu d'immigrants utilisent ces services (Brown et al., 2011; Dhaliwal-Rai, 2002; Dutt &

Kit, 2014; Kirmayer et al., 2007; Lebrun, 2010). La recherche de Levesque et Rocque (2015) révèle que le phénomène de la sous-utilisation des services de santé mentale au Canada est multifactoriel (p. ex., les immigrants font appel à la famille, aux amis, à la communauté et à la religion). Outre cette donnée, peu d'auteurs se sont questionnés sur les logiques qui sous-tendent la complexité d'accès des immigrants aux soins de santé mentale en contexte québécois. Face à ces constats, il importe de connaître davantage les variables qui bloquent ou facilitent l'utilisation des services de santé mentale en contexte migratoire selon la perspective des patients. C'est dans ce contexte que s'inscrit ce présent article. Cette recherche vise principalement à identifier les barrières à l'accès que rencontrent les immigrants ayant des problèmes psychologiques lors du recours aux soins de santé mentale et analyser les facteurs qui sous-tendent ces barrières. Trois sections seront présentées dans cet article. La première a pour objectif de mettre l'accent sur la méthodologie. La deuxième éclaire, d'une part, les différentes barrières auxquelles les immigrants sont confrontés lorsqu'ils sentent la nécessité d'une aide professionnelle pour faire face aux difficultés psychologiques et, d'autre part, les obstacles et défis supplémentaires rencontrés lorsqu'ils accèdent aux soins. La troisième section se consacre à une réflexion sur un ensemble de recommandations permettant l'amélioration de l'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire.

Méthode

Cette recherche repose sur un examen de la portée (*scoping review*) qui a suivi un cadre constitué de cinq phases élaborées par Arksey et O'Malley (2005) :

(1) l'élaboration des questions de recherche; (2) l'identification des écrits scientifiques pertinents; (3) la sélection des études; (4) la cartographie des données dans les études repérées; et (5) le rassemblement, le résumé et la présentation des résultats. Deux questions ont été explorées, soit : (1) Comment les immigrants perçoivent-ils les services de santé mentale en contexte migratoire occidental? et (2) Quels sont les défis et les obstacles aux soins de santé mentale auxquels font face ces immigrants?

Afin de cibler les articles qui abordent le thème de la présente recherche, de nombreux mots clefs en français et en anglais ont été utilisés : « Immigrants, perceptions, santé mentale, psychothérapie, transculturel, obstacles aux soins, *mental health, psychotherapy, transcultural, barriers to care* ». Une identification des études publiées entre 2000 et 2017 a été réalisée. La recherche de ces textes a été effectuée dans six bases de données (JSTOR, PsycINFO, CINHAL, Cochrane, MEDLINE et EBSCO). Google Scholar a été utilisé. Les articles en français et en anglais, qui abordent les perceptions des immigrants à l'égard des services de santé mentale et les obstacles auxquels ils sont confrontés, ont été retenus afin de réaliser un état des lieux plus actuel. Après l'identification de 860 études, un premier tri a été effectué par le chercheur en se basant sur les titres et les résumés, ce qui a permis de sélectionner 69 études. Puis, le chercheur a procédé à un second tri en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion (voir Tableau 3).

Tableau 3
Critères d'inclusion et d'exclusion des études

Critères d'inclusion
<input type="checkbox"/> Publié entre 2000 et 2017
<input type="checkbox"/> Sciences sociales, psychologie, psychiatrie, santé mentale
<input type="checkbox"/> Références rattachées directement à notre sujet de recherche
<input type="checkbox"/> Langues : française et anglaise
<input type="checkbox"/> Publications accessibles dans les bibliothèques universitaires du Québec
<input type="checkbox"/> Article scientifique ou chapitre d'un livre basé sur une méthode scientifique; travaux universitaires : mémoires et thèses; recherche exploratoire, systématique, scoping review, revue critique des écrits
<input type="checkbox"/> Axé sur le contexte Nord-Américain ou Européen
<input type="checkbox"/> Centré sur les immigrants
Critères d'exclusion
<input type="checkbox"/> Publié avant 2000
<input type="checkbox"/> Domaine non ciblé par l'étude ou qui ne concerne pas les questions de recherche et la pratique clinique
<input type="checkbox"/> Toute référence non rattachée directement à notre sujet de recherche
<input type="checkbox"/> Autre langue que le français et l'anglais
<input type="checkbox"/> Publications non accessibles
<input type="checkbox"/> Toute publication dont la méthodologie non précisée ou ne découlant pas des principes scientifiques : réflexion ou commentaires personnels ou professionnels; compte rendu de colloque
<input type="checkbox"/> Axé sur un contexte non-occidental
<input type="checkbox"/> Non centré sur les immigrants

À la suite du second tri, les études retenues ont été consultées et analysées de manière intégrale et approfondie, ce qui a permis au chercheur d'éliminer celles qui ne respectaient pas les critères d'inclusion. Tout texte qui semblait moins pertinent était

alors rejeté : les articles qui ne portaient pas sur les défis, les barrières et les soins de santé mentale en contexte migratoire selon la perspective des patients ont été exclus. Les études sélectionnées ($N = 39$) pour le présent article ont été retenues parce qu'elles mettaient l'accent sur le thème de la présente recherche. Ces textes identifiés nous ont permis de synthétiser les données scientifiques axées sur la vision des usagers.

Le recours à l'*examen de la portée* (Arksey & O'Malley, 2005) a été choisi afin d'explorer systématiquement et de façon éclairée les travaux de recherche effectués sur les perceptions des patients immigrants à l'égard des services de santé mentale en contexte migratoire. Les fondements conceptuels des articles repérés sont multidisciplinaires. L'analyse des recherches a permis de structurer la présentation des résultats autour des sous-thèmes suivants : (1) les principaux obstacles aux soins selon les usagers immigrants; (2) les attitudes des patients; (3) la somatisation; (4) les divergences culturelles; (5) la communication; (6) la forme d'aide psychologique privilégiée; et (7) la religion et la psychothérapie. Ce qui caractérise cette présente étude est le fait qu'elle vise une compréhension de la perception et les représentations des patients immigrants concernant les services de santé mentale en contexte migratoire en synthétisant les études effectuées au Canada, aux États-Unis et en Europe. Quant aux critères d'inclusion et d'exclusion, le Tableau 3 en donne un résumé.

Résultats

Les principaux obstacles aux soins de santé mentale selon les patients

Obstacles généraux. Généralement, une des dimensions largement citées dans les articles consultés concerne les obstacles aux soins selon la perspective des patients. D'une part, le racisme et la discrimination auxquels sont confrontés les immigrants en contexte migratoire occasionnent l'évitement des milieux de soins du pays hôte (Spencer & Chen, 2004; van Ryn & Fu, 2003). Ces mécanismes d'exclusion renforcent par contre l'utilisation des services informels et la consultation des proches (Spencer & Chen, 2004). D'autre part, les problèmes de confidentialité, les questions de la méfiance et de confiance envers les interprètes, d'exactitude des interprétations quand l'interprète appartient au groupe ethnique du patient ou à une ethnie en conflit avec le groupe ethnique du patient pour qui il agit comme interprète limitent le recours aux soins de santé mentale (Hamid & Furnham, 2012; Loewenthal, Mohamed, Mukhopadhyay, Ganesh, & Thomas, 2012; Mwangi, 2017; Smith, 2011). Selon ces chercheurs, le manque de familiarité des immigrants avec le counseling professionnel et le manque de connaissances nécessaires sur les services cliniques conventionnels constituent d'autres obstacles majeurs à l'utilisation de ces services.

D'autres barrières incluent une vision déformée sur les soins de santé mentale, les croyances des patients non comprises par les cliniciens (Fenta, Hyman, & Noh, 2006; Frey & Roysircar, 2006), le recours aux médecins de famille au lieu de faire appel aux cliniciens spécialisés en santé mentale, la méconnaissance des troubles mentaux, la

méfiance vis-à-vis des cliniciens, ainsi qu'un niveau faible d'acculturation (Cader, 2017). De plus, les problèmes de transport, le manque d'assurance santé, les difficultés à planifier des périodes de repos, la peur de perdre son emploi, la distance géographique, ainsi que le coût élevé des soins limitent également cet accès (Carlos, 2016).

D'autres auteurs ont conclu que le statut d'immigrant même avec l'assurance maladie universelle, les différences culturelles et linguistiques (Kirmayer et al., 2007), les descriptions des problèmes de santé mentale en tant que maladies organiques par les immigrants, les perceptions de la maladie mentale comme étant grave et potentiellement non traitable et le manque de compréhension de la culture occidentale entravent le recours aux services conventionnels de santé mentale (Li & Browne, 2009). Toujours dans la même optique, l'évitement des milieux de soins en contexte migratoire s'explique aussi par le fait que les immigrants non occidentaux ont été mal diagnostiqués (Timbo, 2016), sous-diagnostiqués et mal traités par les cliniciens (Dhaliwal-Rai, 2002). En outre, les préjugés et les attitudes nuisibles des thérapeutes ayant perçu les immigrants comme étant trop sensibles et incapables de s'engager de manière significative en thérapie renforce le non recours des immigrants aux approches thérapeutiques conventionnelles.

Les attitudes des patients

Selon Abe-Kim et al. (2007), certains immigrants semblent avoir des taux d'utilisation des services liés à la santé mentale inférieurs à ceux de la population

générale. Ils sont difficilement disposés à partager leur vécu personnel avec les professionnels de la santé mentale. Ils préfèrent consulter les membres de la famille, les amis, les fournisseurs de soins primaires et les guérisseurs traditionnels qui traitent les problèmes émotionnels en tant que problèmes organiques (Dutt & Kit, 2014).

Les résultats des études repérées suggèrent également que les immigrants non occidentaux semblent avoir des attitudes, des croyances et des valeurs relatives aux problèmes de santé mentale qualitativement différentes de celles des occidentaux (Hill-Lindsay, 2007; Kimpara, Wong, & Chau, 2014; Mwangi, 2017; Nippoda, 2003; Smith, 2011; Thaler & Fujii, 2014; Timbo 2016). Ainsi, selon ces auteurs, la recherche d'aide psychologique est fortement guidée par la culture d'appartenance et influencée par la manière dont les immigrants perçoivent leur difficulté psychologique. Les attitudes et les croyances négatives à l'égard des problèmes psychologiques deviennent un poids s'ajoutant à la souffrance générée par la maladie. Elles renforcent l'évitement de la divulgation des difficultés émotionnelles aux cliniciens et se transforment en des obstacles qui empêchent certains immigrants d'obtenir un traitement professionnel (Dutt & Kit, 2014; Kuo, Roldan-Bau, & Lowinger, 2015). Certes, la honte expose le patient et sa famille à la critique sociale et alimente leurs souffrances et leurs sentiments d'impuissance. Par conséquent, la honte et la stigmatisation empêchent certaines familles immigrantes de chercher les soins conventionnels (Dhaliwal-Rai, 2002; Kimpara et al., 2014). Ces familles s'approprient les représentations extérieures, étiquètent négativement le membre malade et perçoivent les difficultés psychologiques

de ce dernier comme une source génératrice d'un sentiment de honte; ces facteurs poussent ces familles à minimiser l'effet nuisible de la souffrance psychologique, ainsi que l'importance de la consultation clinique (Dhaliwal-Rai, 2002). Cette situation peut apparemment entraîner une complication des problèmes psychologiques de la personne atteinte, une diminution du soutien familial et la négligence de la recherche des services de santé mentale au moment opportun jusqu'à l'aggravation du problème psychologique (Dutt & Kit, 2014; Smith, 2011). Selon le dernier auteur, la honte mène certaines familles à isoler la personne malade du monde extérieur et à masquer sa souffrance psychologique tout en évitant d'aborder son problème psychologique avec des individus externes à la famille. Dans ce contexte, le trouble psychologique est perçu comme un événement qui concerne uniquement la famille. Mais ces attitudes limitent la recherche de soins de santé mentale tout en favorisant l'utilisation du réseau de soutien informel (Boghosian, 2011; Dhaliwal-Rai, 2002; Mwangi, 2017). C'est seulement lorsque les membres de la famille se sentent dépassés par la situation, épuisés et incapables de gérer les difficultés psychologiques de l'individu atteint qu'ils demandent de l'aide d'un clinicien (Kimpara et al., 2014).

Selon Cabassa, Lester et Zayas (2007) et Pavlish, Noor et Brandt (2010), les sentiments d'infériorité, ainsi que la peur des moqueries des autres mènent la famille à ne pas chercher de l'aide clinique. Ces sentiments s'ajoutent aux idées reçues sur l'incurabilité des troubles mentaux et dressent un véritable obstacle entre la personne atteinte, la société et les milieux de soins (Smith, 2011). Ceci indique, selon ce

chercheur, une faible confiance dans les services psychologiques conventionnels, ainsi qu'une attitude de stigmatisation associée aux problèmes psychologiques.

Ce sont ces mêmes attitudes stigmatisantes qui mènent certaines femmes chinoises, d'une part, à ne pas partager leurs difficultés psychologiques avec les soignants, et d'autre part, à éviter la recherche de l'aide psychologique en raison de la crainte d'être perçues comme des personnes faibles et inadaptées (Chiu, 2004). Ces mêmes attitudes font que ces femmes accordent une priorité à l'image sociale de leur famille tout en sous-estimant leurs propres besoins individuels (O'Mahony & Donnelly, 2007). Dans ce sens, Fang (2010) confirme que certains immigrants chinois évitent les milieux de soins, car ils croient que les problèmes émotionnels d'une personne affectent la réputation et l'honneur de sa famille et rejaillissent sur sa progéniture et ses ancêtres.

De plus, certains immigrants japonais (Thaler & Fujii, 2014) souscrivent à un système d'attitudes selon lequel les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques ne sont pas perçus comme des problèmes de santé mentale nécessitant la recherche de l'aide psychologique. Les troubles psychotiques sont les seules affections mentales acceptées comme un véritable trouble psychiatrique qui favorise l'accès aux soins de santé mentale chez certains Asiatiques (Chen, Kazanjian, Wong, & Goldner, 2010; Fang, 2010; Thaler & Fujii, 2014). Dans leur recherche portant sur les représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants africains subsahariens, Levesque et Rocque (2015) ont révélé que les participants à leur

recherche accordent au soutien social des proches, de la communauté et de la société de manière globale une place centrale pour venir en aide aux personnes atteintes de troubles mentaux. Le recours aux médecins, et dans une certaine mesure aux psychothérapeutes, est ressorti comme étant la deuxième stratégie adoptée par cette communauté. Cependant, la stigmatisation empêche certains d'entre eux à faire appel aux services de santé mentale. En outre, l'utilisation de la religion a été perçue par certains participants comme moyen permettant de soulager les troubles de santé mentale. Le fait de croire en Dieu permet de combattre le trouble mental pour ce groupe d'immigrants (Levesque & Rocque, 2015). Finalement, selon Dhaliwal-Rai (2002), l'évitement des milieux de soins de santé mentale est soutenu par d'autres facteurs : le niveau élevé des valeurs familiales et les rôles centraux de la famille, les particularités des modèles spirituels de la maladie mentale et les normes subjectives des référents sociaux (p. ex., les parents, les frères et sœurs) dans le processus de décision de recherche d'aide.

La sémiologie de la souffrance psychologique : la somatisation

Percevoir une difficulté émotionnelle comme un problème somatique empêche certains immigrants d'accéder aux soins de santé mentale (Dhaliwal-Rai, 2002). Selon l'étude de cette auteure, effectuée auprès d'un groupe d'immigrants provenant de l'Inde, les difficultés psychologiques peuvent se traduire par des symptômes cardiaques. Ceux-ci peuvent s'exprimer dans un contexte de perte de contrôle émotionnel et social, car le cœur, selon les croyances culturelles de ce groupe d'immigrants, joue un rôle central dans l'expression des problèmes psychologiques. Le cœur est culturellement perçu par

ces immigrants comme régulateur de la vie et des fonctions du corps; il représente pour eux un organe plus important que le cerveau (Dhaliwal-Rai, 2002). Dans ce même ordre d'idées, selon Fang (2010) et Leong, Okazaki et Tak (2003), certains patients chinois ont tendance à percevoir les troubles mentaux comme des troubles physiques. Il arrive souvent qu'ils somatisent leurs problèmes psychologiques et interpersonnels (Kung & Lu, 2008). Les problèmes émotionnels se convertissent en troubles physiques également chez certains immigrants provenant de l'Inde (Dutt & Kit, 2014), ce qui explique le recours aux soins médicaux et l'évitement des soins d'ordre psychologique.

Selon la recherche de Schwartz (2002), la somatisation facilite le refoulement des événements perturbateurs et permet de maintenir l'harmonie relationnelle, de normaliser la souffrance, d'éviter les jugements négatifs associés aux troubles mentaux et d'avoir un diagnostic de neurasthénie (p. ex., fatigue mentale et physique, diminution du fonctionnement, différents symptômes physiques et psychologiques) (Schwartz, 2002). Dans ce sens, la somatisation encourage certains Chinois à faire appel aux omnipraticiens, à éviter les psychiatres et les psychologues (Kung & Lu, 2008) et à privilégier les soins médicaux fournis par des médecins chinois. La somatisation pousse aussi certains Chinois à consulter des chefs religieux (Kung, 2003) et des praticiens de la médecine chinoise ancestrale afin de faire face aux problèmes émotionnels (Chen & Kazanjian, 2002).

Sellers, Ward et Pate (2006), quant à eux, ont noté également que certains immigrantes nigérianes peuvent présenter des symptômes physiques plutôt que des symptômes psychologiques de la dépression, car cette affection mentale peut être une source de honte ou un signe de la folie dans leur culture (Ezeobele, Malecha, Landrum, & Symes, 2010; Romero, 2000). Certaines femmes africaines perçoivent la dépression comme un état psychosomatique dans sa nature (p. ex., corps lourd, fatigue, courbatures, maux de tête et tristesse) selon la recherche de Sellers et al. (2006).

Les divergences culturelles

Bien que les psychothérapeutes soient perçus comme des figures d'autorité et aptes à donner des conseils, à corriger un mauvais comportement et à offrir aux patients une écoute active, le traitement psychologique est considéré comme inférieur à l'effet des médicaments par cette clientèle (Nippoda, 2003). Certains Asiatiques privilégient les traitements pharmacologiques pour faire face à la détresse émotionnelle, puisque la médication est perçue comme un moyen curatif puissant, efficace et économique (Nippoda, 2003). D'autres chercheurs ont constaté que certains immigrants turcs, en raison de leur système de pensée fataliste et surnaturel (Reich, Bockel, & Mewes, 2014) et certains hispaniques (Cabassa et al., 2007) ont également une vision négative de la valeur curative de la psychothérapie et font moins appel aux services de psychologie. Ils privilégient les traitements traditionnels.

La pluralité des explications étiologiques des problèmes émotionnels peut aussi amener certains immigrants à sous-estimer le recours aux soins psychothérapiques. Par exemple, certains Latinos perçoivent la dépression comme une condition angoissante associée à des facteurs contextuels, interpersonnels, ainsi qu'à des tensions socioéconomiques (Cabassa et al., 2007). Les difficultés psychologiques sont perçues alors comme un résultat des facteurs environnementaux, ce qui nécessite un ensemble de solutions sociales et économiques. Dans ce même sens, certains Africains subsahariens plaçaient les facteurs sociaux (p. ex., l'environnement social de la personne, les événements sociaux traumatisants, le processus migratoire, etc.) au premier rang. Les facteurs surnaturels et individuels (p. ex., la gestion des émotions, les drogues, les aberrations génétiques et biologiques) ont été considérés aussi comme des causes des troubles psychologiques (Levesque & Rocque, 2015). Certains Chinois attribuent les problèmes émotionnels à des facteurs sociaux, religieux, cosmologiques (vengeance du monde surnaturel et des ancêtres), moraux (violer le code de Confucius) et physiologiques (Fang, 2010). Les problèmes émotionnels résultent également, selon les Chinois, d'un déséquilibre entre le yin et le yang. La perception de la genèse des troubles psychologiques et des traitements selon cette clientèle peut être différente. On remarque aussi que l'état symptomatique de certains immigrants chinois, atteints de troubles mentaux graves et persistants, lorsqu'ils accèdent aux soins psychiatriques, se détériore comparativement aux usagers occidentaux (Chen, Kazanjian, Wong, & Reid, 2009), ce qui nécessite une longue hospitalisation pour cette clientèle (Chen, Sullivan, Lu, & Shibusawa, 2003).

La communication

Selon Dutt et Kit (2014), la psychothérapie centrée sur le client, qui implique la verbalisation extrême des pensées et des affects, ainsi que la révélation de soi peuvent ne pas répondre aux besoins de plusieurs immigrants non-occidentaux. Selon ces auteurs, puisque certains immigrants d'origine asiatique ont tendance à être plus passifs dans le processus thérapeutique, le contexte communicatif est souvent saturé de messages non verbaux. Dans certaines situations, le verbal peut contredire le non-verbal. De plus, en fonction de leurs valeurs encadrant les liens hommes-femmes, certains immigrants, pour mieux communiquer en thérapie, peuvent préférer les thérapeutes masculins, puisque ceux-ci sont perçus comme ayant plus d'autorité que leurs homologues féminins.

Par ailleurs, selon Shibusawa et Chung (2009), les conceptualisations euro-américaines de l'empathie sont incompatibles avec les besoins des personnes de cultures non occidentales, car les thérapeutes méconnaissent les contextes culturels et sociaux des émotions, valorisent l'expression verbale et directe des affects et sous-estiment la valeur de la compréhension des significations culturelles que les patients donnent au langage, aux comportements et aux événements. Certains immigrants apprécient le silence dans la communication interpersonnelle, et les auditeurs recherchent souvent le non-dit plutôt que ce qui est dit (Shibusawa & Chung, 2009). D'autres immigrants mettent entre autres l'accent sur le respect du groupe et la communication indirecte, ce qui peut former un comportement peu familier pour les cliniciens occidentaux, alors que d'autres manifestent un fonctionnement individualiste, une communication directe et

véhiculent les valeurs occidentales (Thaler & Fujii, 2014). En effet, en tant que personnes porteuses des valeurs collectivistes, certains immigrants asiatiques valorisent les besoins du groupe et minimisent les besoins individuels. Par conséquent, la communication centrée sur l'individu en psychothérapie handicape le recours des immigrants valorisant le groupe et la famille aux soins psychologiques (Loewenthal et al., 2012). Pour ces auteurs, les besoins individuels chez cette clientèle sont exprimés par les autres membres du groupe dans de nombreux cas de la vie quotidienne. Il se peut donc que les clients non-occidentaux ne soient pas particulièrement directs dans leur communication durant les stades de l'évaluation clinique ou de la thérapie, et qu'ils ne soient pas non plus à l'aise avec les théories et les explications occidentales des problèmes psychologiques (Thaler & Fujii, 2014).

Mais les psychologues interculturels devraient être conscients des différences intergénérationnelles lors de l'évaluation, du diagnostic et de la planification du traitement (Thaler & Fujii, 2014) : les patients de première et de deuxième génération ressemblent davantage aux immigrants récents en ce qui concerne la communication, les comportements, les croyances et les valeurs. Ils sont porteurs de leur culture d'origine, tandis que les générations suivantes manifestent plus de similitudes avec les citoyens euro-américains.

L'expérience avec certains clients provenant de l'Inde montre que ce groupe minoritaire montre une forte préférence pour les services psychologiques qui sont basés

sur l'implication de la famille en psychothérapie (Dutt & Kit, 2014). La communication familiale en psychothérapie est alors centrale pour cette clientèle. Puisque le bien-être psychologique est déterminé par le bonheur du groupe et par l'appartenance à la collectivité, les réalisations personnelles et le développement personnel ne contribuent pas de manière unidimensionnelle et décisive au bonheur chez cette communauté (Nippoda, 2003). Ainsi, le concept de soi est déterminé par le rôle social joué par l'individu.

La forme d'aide psychologique privilégiée

Les perceptions du rôle de la responsabilité individuelle en psychothérapie peuvent être un obstacle aux soins de santé mentale (Loewenthal et al., 2012). Par exemple, certains immigrants provenant de l'Inde privilégient l'approche directive, car ils supposent souvent que les troubles émotionnels sont généralement au-delà du contrôle de l'individu et s'attendent à ce que les cliniciens soient très actifs dans l'identification des problèmes et la suggestion de solutions thérapeutiques (Dutt & Kit, 2014). Certains immigrants asiatiques préfèrent une intervention orientée vers l'action et centrée sur les solutions (Owaka, 2015).

En Occident, le patient en tant qu'individu a une part de responsabilité quant à la réussite du traitement psychologique. Il doit premièrement s'engager tout en fournissant toutes les informations pertinentes à l'évaluation et au traitement et, deuxièmement, suivre les recommandations techniques du psychothérapeute. Pour les non-occidentaux,

le rôle de l'unité familiale et de la collectivité lors de l'élaboration d'une évaluation du problème et d'un plan de soin est fondamental (Nippoda, 2003). Certains de ces immigrants privilégient une psychothérapie guidée par des valeurs centrées sur l'harmonie groupale et familiale, ainsi que sur l'interdépendance (Pavlish et al., 2010). La consultation de la famille est donc centrale lors de la psychothérapie (Dhaliwal-Rai, 2002). Certains immigrants collectivistes mettent l'accent sur l'unité familiale et peuvent souhaiter que leur famille soit impliquée durant le processus thérapeutique. Pour ces raisons, la thérapie familiale est particulièrement la méthode thérapeutique la plus adaptée à ces patients. Cette forme de thérapie permettra à la famille de chercher les soins psychologiques, de négocier des rôles changeants, d'identifier les facteurs de stress familiaux, de mieux communiquer et de découvrir de nouvelles façons qui permettent de tisser des relations familiales saines (Owaka, 2015).

Dans ce même sens, l'axe intrapsychique que cible la psychothérapie individuelle est souvent en désaccord avec les dimensions relationnelles et groupales caractérisant le modèle collectiviste de résolution de problèmes. Selon Kimpara et al. (2014), certains Chinois accordent une grande valeur aux interventions centrées sur les dysfonctions relationnelles et groupales (Loewenthal et al., 2012). Ceux-ci évitent d'adhérer strictement aux traitements individuels et privilégient les thérapies familiales brèves axées sur les solutions concrètes qui visent à réparer les relations dysfonctionnelles (Boghosian, 2011; Donnelly et al., 2011).

Donc, les perceptions du trouble mental et de la cible de la psychothérapie sont influencées par la culture du patient, son niveau d'acculturation et son utilisation antérieure des services de santé mentale (Cabassa et al., 2007).

La religion et la psychothérapie

La perception négative de la psychothérapie est présente chez certains immigrants non occidentaux (Donnelly et al., 2011). Selon Smith (2011), certains membres de la communauté musulmane évitent le traitement psychologique et font appel aux guides religieux ou aux médecins pour faire face aux troubles psychologiques. Pour cet auteur, même s'ils soulèvent un nombre de variables naturelles contribuant à la genèse des problèmes psychologiques dont l'environnement, les gènes, les drogues et les hormones, les immigrants musulmans attribuent les troubles émotionnels à d'autres facteurs comme les problèmes spirituels, la perturbation de l'âme et une faible foi religieuse. En conséquence, l'utilisation des ressources personnelles, la lecture du Coran, le recours à la prière et à la consultation des imams constituent des moyens thérapeutiques qui permettent de soulager ces troubles. Ces moyens forment pour ces personnes une source d'espoir et de multiples solutions à leurs difficultés émotionnelles. Selon Smith, pour ces immigrants, les psychothérapies semblent culturellement incompatibles et peu efficaces, notamment qu'ils manifestent leur inquiétude à propos des thérapeutes qui ignorent les valeurs religieuses en psychothérapie et qui suggèrent des solutions qui peuvent contredire les postulats de la religion islamique. La religion est perçue ici de manière positive (Jarvis, Kirmayer, Weinfeld, & Lasry, 2005) et comme une véritable source de

force permettant d'atténuer les symptômes des troubles émotionnels (Cummings, Neff, & Husaini, 2003; Jang, Borenstein, Chiriboga, Phillips, & Mortimer, 2006; Jarvis et al., 2005).

Certains immigrants non occidentaux ont ce besoin de dépasser les paramètres médicaux et biologiques et de considérer la religion comme un système de soins de santé qui s'adresse principalement à l'âme en s'appuyant sur le rapport à Dieu pour affronter les difficultés émotionnelles, aspect central de la vie humaine qui alimente l'espoir et la possibilité de contrôler le destin et de renforcer ses ressources adaptatives (Mwangi, 2017; Pavlish et al., 2010). La religion est souvent considérée comme un moyen alternatif important permettant de soulager les symptômes de la souffrance psychologique (O'Mahony, Donnelly, Bouchal, & Este, 2013; Wong & Tsang, 2004). La pathologie mentale est souvent comprise dans un cadre religieux selon certains immigrants (Fenta et al., 2006; Levesque & Rocque, 2015; Loewenthal et al., 2012). Cela indique que les chefs religieux ont une influence importante au sein de la population immigrée en raison de leur méthode répondant à leurs besoins spirituels, physiques et psychologiques (Fenta et al., 2006; Mwangi, 2017). Pour la personne affectée par les problèmes émotionnels, Dieu constitue une source de sécurité, d'optimisme, de signification, de sens et des explications causales. C'est pour ces raisons que certains immigrants voient souvent la psychothérapie comme une méthode basée sur un dogme laïque (Boyd-Franklin, 2003), qui ne reconnaît pas le rôle curatif de la religion en santé mentale (Chaze, Thomson, George, & Guruge, 2015). De plus, certains

immigrants pensent que la psychothérapie occidentale va à l'encontre de leurs religions, notamment que les psychothérapeutes occidentaux leur suggèrent d'exclure les croyances religieuses en psychothérapie (Donnelly et al., 2011). Cette situation limite l'accès de cette clientèle aux services de santé mentale.

Discussion

L'analyse ci-dessus porte sur les obstacles, les défis et les caractéristiques de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire du point de vue des patients immigrants. Les études consultées ont éclairé les interrelations entre les croyances culturelles, les troubles émotionnels, leur traitement et l'accès aux soins. L'impact des facteurs économiques, sociaux, administratifs, etc. est important, mais il semble que la variable culturelle influe de manière centrale sur l'utilisation des services de santé mentale chez les immigrants. Par conséquent, il est essentiel que les intervenants en santé mentale comprennent l'impact décisif de la culture sur la perception des services de santé, de la psychopathologie et du traitement lors de la prise en charge des problèmes émotionnels des personnes immigrantes (Aina & Morakinyo, 2011).

Le renforcement des compétences interculturelles des cliniciens est essentiel, puisqu'il va permettre d'assurer des conditions minimales d'une intervention aidante. Ce renforcement de compétences permet de se montrer respectueux envers les problèmes de santé mentale que vivent les patients et envers leurs représentations religieuses et culturelles. Il permet aussi d'accepter que certains immigrants peuvent refuser certains

services ou ne pas adhérer au contenu du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Fang, 2010). Vu que les symptômes d'un trouble mental peuvent utiliser la voie organique pour s'exprimer, ce qui peut masquer une souffrance psychologique, la prise en compte de cette donnée interculturelle permettra aux cliniciens d'expliquer aux patients l'origine biopsychosociale de leurs difficultés. Certes, le modèle biomédical comprend très mal les pratiques ethnoculturelles qui accordent à la spiritualité, aux facteurs sociaux, contextuels et familiaux une importance centrale pour expliquer les problèmes émotionnels. Ainsi, l'augmentation des connaissances sur les différentes approches psychopathologiques et thérapeutiques traditionnelles auxquelles les patients sont habitués, notamment que ces derniers éprouvent de la difficulté à en parler en raison de la peur de susciter le mépris, le dégoût ou les préjugés et les critiques des cliniciens, facilitera la tâche en intervention (Fang, 2010). L'intervention auprès des immigrants nécessite de valoriser l'implication de la famille en clinique lorsque le contexte le nécessite. De plus, il est essentiel d'intégrer la religion et la spiritualité explicitement en thérapie, et de rester attentif au rôle important de ces deux aspects dans la vie de nombreux immigrants, lors de la construction du sens du trauma ou du problème émotionnel. La religion leur offre la possibilité de donner un sens à la vie, un sens qui réduit l'effet de la souffrance psychologique (Cummings et al., 2003; Jang et al., 2006; Jarvis et al., 2005). Par contre, il importe d'éviter le recours à une approche purement culturaliste sous-estimant les différences caractérisant les immigrants provenant d'une même aire culturelle et qui ne souscrivent pas forcément au système de référence relatif

aux conceptions des problèmes de santé mentale et aux approches de guérison véhiculées dans leur société d'origine (Levesque & Rocque, 2015).

Même si la recherche scientifique demeure incapable de justifier l'origine cérébrale d'un ensemble de troubles mentaux, ceux-ci sont encore expliqués en termes de déséquilibre neurochimique (Bergeron, 2005). Par conséquent, l'intervention la plus soigneusement et solidement enracinée est la médication psychiatrique. Ainsi, la sphère psychologique et le contexte développemental et socioculturel sont considérés comme périphériques en intervention clinique. En interculturel, ces dimensions sont essentielles. Il est important aussi de ne pas occidentaliser et pathologiser le fonctionnement du patient lorsque celui-ci fait référence à des représentations culturelles non accessibles et à des contenus métaphysiques. Aussi, certaines difficultés humaines sont naturelles et peuvent refléter des frustrations familiales, sociales, contextuelles et économiques nécessitant des approches non psychiatriques de résolution de problèmes.

Lors de l'intervention, expliquer aux patients les approches d'interventions facilitera le développement de l'alliance thérapeutique tout en les encourageant à trouver eux-mêmes leurs propres solutions. L'évaluation de l'efficacité des interventions de manière régulière après les trois premières séances permet à ces patients de comprendre qu'il y a un changement et des apprentissages réalisés. Demander à ces patients comment ils perçoivent les interventions et la collaboration avec le clinicien permettra de renforcer la confiance mutuelle. Dans ce sens, une communication interculturelle semble nécessaire

entre les cliniciens et les immigrants. Elle permet de réduire le taux d'abandon prématué des services psychologiques, de diminuer l'effet négatif des préjugés culturels sur le recours aux services de santé mentale (Dutt & Kit, 2014; Shibusawa & Chung, 2009), ainsi que sur l'application des recommandations thérapeutiques (Aina & Morakinyo, 2011). De plus, accorder du temps nécessaire au patient en intervention est vital. Une séance de psychothérapie peut durer plus d'une heure selon le contexte (Pocreau & Martins-Borges, 2013). Le patient a besoin d'un espace thérapeutique chaleureux et accueillant, ainsi que du temps nécessaire à l'expression de son vécu. La valorisation de l'aspect relationnel chaleureux, de la dimension subjective et du rôle de la pensée et de l'émotion est fondamentale.

En contexte interculturel, construire des sites Internet éducatifs pour réduire certaines attitudes négatives qui limitent l'accès des immigrants aux soins de santé mentale est souhaitable (Boghosian, 2011; Dhaliwal-Rai, 2002; Mwangi, 2017). L'éducation permet aux immigrants de penser que la relation d'aide n'est pas un espace visant la recherche d'une vérité absolue ou un contexte favorisant la perte d'identité, mais un lieu de communication dont le but principal est de répondre à un besoin ou de résoudre un problème. Comprendre qu'il n'existe pas de réponse universelle et unique à ces besoins ou une façon sûre de résoudre ces problèmes peut améliorer l'accès aux soins de santé mentale. Lorsque les pratiques de guérison traditionnelles échouent, s'ouvrir à d'autres moyens culturellement différents permet d'expérimenter et d'investir d'autres angles de vision de résolution de problèmes, ce qui constitue une occasion

bénéfique d'augmenter et de diversifier les stratégies individuelles d'adaptation et de disposer de différentes méthodes déjà expérimentées par d'autres patients porteurs de valeurs culturelles différentes.

Quant à la recherche, il existe un grand besoin de chercheurs possédant les compétences linguistiques et culturelles nécessaires pour conduire des recherches qui permettent de capturer les attentes réelles des immigrants. Ainsi, les recherches futures pourraient viser à recruter des échantillons plus grands et plus représentatifs de la population immigrante. Ces échantillons pourront fournir des données importantes (Lebrun, 2010) concernant leurs perceptions à l'égard des soins de santé mentale offerts au Québec. Ces recherches sont souhaitables pour continuer l'exploration des facteurs facilitant ou limitant le recours aux soins de santé mentale au sein des communautés immigrantes.

Conclusion

La présente recherche porte sur la perception des immigrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. Son but était de mieux comprendre les obstacles entourant l'accès aux soins pour cette clientèle selon les données scientifiques repérées. Les résultats ont permis de croiser et de synthétiser les données de plusieurs recherches interculturelles. Nous avons vu que la culture influence principalement l'utilisation des services de santé mentale en contexte migratoire (Dutt & Kit, 2014). Mais l'absence des recherches québécoises qui portent sur la perception des patients

immigrants rend l'application des résultats de la présente étude au contexte québécois très difficile. Il s'agit alors de la limite principale de cet article, puisqu'il est difficile de penser que son contenu reflète la vraie réalité des immigrants installés au Québec. En revanche, les résultats de cette présente recherche éclairent globalement les barrières auxquels font face certains immigrants ayant des difficultés psychologiques en Occident (Boghosian, 2011; Dhaliwal-Rai, 2002; Mwangi, 2017). Ainsi, il reste primordial de prendre en considération ces multiples défis culturels (Fang, 2010) et la complexité des enjeux entourant l'accès aux soins, ce qui nous amène à une reconnaissance de l'importance d'adapter les procédures et les approches (Dutt & Kit, 2014), tant du point de vue de la recherche que de l'intervention afin d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire.

Références

- Abe-Kim, J., Takeuchi, D. T., Hong, S., Zane, N., Sue, S., Spencer, M. S., ... Alegría, M. (2007). Use of mental health-related services among immigrant and US-born Asian Americans: Results from the National Latino and Asian American study. *American Journal of Public Health, 97*(1), 91-98.
- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2012). Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. *Journal of Transcultural Nursing, 23*(3), 287-296.
- Aina, O. F., & Morakinyo, O. (2011). Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans. *African Journal of Psychiatry, 14*(4), 278-285.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32.
- Bergeron, D. (2005). Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. Pour une psychiatrie clinique éthique. *Où va la psychiatrie, 30*(1), 197-214.
- Boghosian, S. (2011). *Counseling and psychotherapy with clients of Middle Eastern descent: A qualitative inquiry*. Logan, UT: Utah State University.
- Boyd-Franklin, N. (2003). *Black families in therapy* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Brown, J. S., Casey, S. J., Bishop, A. J., Prytys, M., Whittinger, N., & Weinman, J. (2011). How black African and white British women perceive depression and help-seeking: A pilot vignette study. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(4), 362-374.
- Cabassa, L. J., Lester, R., & Zayas, L. H. (2007). "It's like being in a labyrinth:" Hispanic immigrants' perceptions of depression and attitudes toward treatments. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*(1), 1-16.
- Cader, N. H. (2017). *Exploring experiences of mental health in second generation South Asian Canadians* [en ligne]. Repéré à https://ir.library.dcu.ie/bitstream/10155/812/1/Cader_Nurul_Hinaya.pdf
- Carlos, J. K. (2016). *Canada's (Live-in) Caregiver Program: Perceived impacts on health and access to health care among immigrant filipina live-in caregivers in the greater Toronto area, Ontario, Canada* (Thèse de doctorat inédite). University of Toronto, Toronto, ON.

- Chaze, F., Thomson, M. S., George, U., & Guruge, S. (2015). Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health, 34*(3), 87-101.
- Chen, A. W., & Kazanjian, A. (2002). Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health, 41*(1), 75-82.
- Chen, A. W., Kazanjian, A., Wong, H., & Goldner, E. M. (2010). Mental health service use by Chinese immigrants with severe and persistent mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*(1), 35-42.
- Chen, A. W., Kazanjian, A., Wong, H., & Reid, R. J. (2009). Differences in mental health diagnoses between recent Chinese immigrants and a comparison population in British Columbia. *Healthcare Policy, 5*(2), 40-50.
- Chen, S., Sullivan, N., Lu, Y., & Shibusawa, T. (2003). Asian Americans and mental health services: A study of utilization patterns in the 1990s. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 12*(2), 19-42.
- Chiu, M. Y.-L. (2004). Why Chinese women do not seek help: A cultural perspective on the psychology of women. *Counselling Psychology Quarterly, 17*(2), 155-166.
- Cummings, S. M., Neff, J. A., & Husaini, B. A. (2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support. *Health and Social Work, 28*(1), 23-32.
- Dhaliwal-Rai, K. (2002). *Perspectives on mental wellness/health of Punjabi Sikh immigrants in the city of Surrey* (Thèse de doctorat inédite). The University of British Columbia, Colombie-Britannique, Canada.
- Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & Clinton, M. (2011). If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues in Mental Health Nursing, 32*(5), 279-290.
- Dutt, A. S., & Kit, P. L. (2014). Cross-cultural considerations with Asian Indian American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler, & B. D. Leany (Éds), *Guide to psychological assessment with Asians* (pp. 61-74). New York, NY: Springer.

- Ezeobele, I., Malecha, A., Landrum, P., & Symes, L. (2010). Depression and Nigerian-born immigrant women in the United States: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 193-201.
- Fang, L. (2010). *Perspective socioculturelle de l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants chinois* [en ligne]. Repéré à http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/svs/fichiers/acsw10special_f.pdf
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 925-934.
- Frey, L. L., & Roysircar, G. (2006). South Asian and East Asian international students' perceived prejudice, acculturation, and frequency of help resource utilization. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 34(4), 208-222.
- Hamid, A., & Furnham, A. (2012). Factors affecting attitude towards seeking professional help for mental illness: A UK Arab perspective. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(7), 741-758.
- Hill-Lindsay, A. R. (2007). *The influence of acculturation on mental health and attitudes towards seeking mental health services in Iranian immigrants*. Los Angeles, CA: Alliant International University.
- Jang, Y., Borenstein, A. R., Chiriboga, D. A., Phillips, K., & Mortimer, J. A. (2006). Religiosity, adherence to traditional culture, and psychological well-being among African American elders. *Journal of Applied Gerontology*, 25(5), 343-355.
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., & Lasry, J. C. (2005). Religious practice and psychological distress: The importance of gender, ethnicity and immigrant status. *Transcultural Psychiatry*, 42(4), 657-675.
- Kimpara, S., Wong, J., & Chau, K. (2014). Cross-cultural considerations with Chinese American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler, & B. D. Leany (Éds), *Guide to psychological assessment with Asians* (pp. 7-26). New York, NY: Springer.
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J. C., & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295-304.
- Kung, W. W. (2003). Chinese Americans' help seeking for emotional distress. *Social Service Review*, 77(1), 110-134.

- Kung, W. W., & Lu, P.-C. (2008). How symptom manifestations affect help seeking for mental health problems among Chinese Americans. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(1), 46-54.
- Kuo, B. C., Roldan-Bau, A., & Lowinger, R. (2015). Psychological help-seeking among Latin American immigrants in Canada: Testing a culturally-expanded model of the Theory of Reasoned Action using path analysis. *International Journal for the Advancement of Counselling, 37*(2), 179-197.
- Lebrun, L. A. (2010). Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Canadian Ethnic Studies, 41*(3), 247-260.
- Leong, F. T., Okazaki, S., & Tak, J. (2003). Assessment of depression and anxiety in East Asia. *Psychological Assessment, 15*(3), 290-305.
- Levesque, A., & Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice-Revue internationale de la recherche interculturelle, 5*(1), 69-82.
- Li, H. Z., & Browne, A. J. (2009). Defining mental illness and accessing mental health services: Perspectives of Asian Canadians. *Canadian Journal of Community Mental Health, 19*(1), 143-159.
- Loewenthal, D., Mohamed, A., Mukhopadhyay, S., Ganesh, K., & Thomas, R. (2012). Reducing the barriers to accessing psychological therapies for Bengali, Urdu, Tamil and Somali communities in the UK: Some implications for training, policy and practice. *British Journal of Guidance & Counselling, 40*(1), 43-66.
- Lucas, T., Michalopoulou, G., Falzarano, P., Menon, S., & Cunningham, W. (2008). Healthcare provider cultural competency: Development and initial validation of a patient report measure. *Health Psychology, 27*(2), 185-193.
- Mwangi, R. M. (2017). Attitudes toward Professional Psychological Help among Kenyan Immigrants Living in the United States. Western Michigan University, Michigan, Détroit.
- Nippoda, Y. (2003). Establishing mental health services for the Japanese community in the United Kingdom. *International Journal for the Advancement of Counselling, 25*(2-3), 169-180.
- O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(5), 453-471.

- O'Mahony, J. M., Donnelly, T. T., Bouchal, S. R., & Este, D. (2013). Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 300-314.
- Owaka, M. (2015). *Black African immigrants' acculturation and psychosocial functioning: A clinical literature review* [en ligne]. Repéré à <https://search.proquest.com/openview/a416f32079a9fb8c887879fe1f9ca23/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2), 353-361.
- Pocreau, J. B., & Martins-Borges, L. (2013). La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 227-242.
- Reich, H., Bockel, L., & Mewes, R. (2014). Motivation for psychotherapy and illness beliefs in Turkish immigrant inpatients in Germany: Results of a cultural comparison study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2(1), 112-123.
- Romero, R. E. (2000). The icon of the strong Black woman: The paradox of strength. Dans L. C. Jackson & B. Greene (Éds), *Psychotherapy with African American women: Innovations in psychodynamic perspectives and practice* (pp. 225-238). New York, NY: Guilford Press.
- Schwartz, P. Y. (2002). Why is neurasthenia important in Asian cultures?. *Western Journal of Medicine*, 176(4), 257-258.
- Sellers, S. L., Ward, E. C., & Pate, D. (2006). Dimensions of depression: A qualitative study of wellbeing among Black African immigrant women. *Qualitative Social Work*, 5(1), 45-66.
- Shibusawa, T., & Chung, I. W. (2009). Wrapping and unwrapping emotions: Clinical practice with East Asian immigrant elders. *Clinical Social Work Journal*, 37(4), 312-319.
- Smith, J. (2011). *Removing barriers to therapy with Muslim-Arab-American clients*. Nouvelle-Angleterre: Antioch University.
- Spencer, M. S., & Chen, J. (2004). Effect of discrimination on mental health service utilization among Chinese Americans. *American Journal of Public Health*, 94(5), 809-814.

- Thaler, N. S., & Fujii, D. E. (2014). Cross-cultural considerations with Japanese American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler, & B. D. Leany (Éds), *Guide to psychological assessment with Asians* (pp. 27-42). New York, NY: Springer.
- Timbo, D. M. (2016). *African American clients' perceptions of therapists' multicultural counseling competencies* (Thèse de doctorat inédite). Carlow University, Pittsburgh, Pennsylvanie.
- van Ryn, M., & Fu, S. S. (2003). Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health?. *American Journal of Public Health, 93*(2), 248-255.
- Wong, Y. L. R., & Tsang, A. K. T. (2004). When Asian immigrant women speak: From mental health to strategies of being. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*(4), 456-466.

Chapitre 4
Objectifs de l'étude et méthode

Ce chapitre essentiel de la thèse rend compte des objectifs de l'étude et de la méthodologie utilisée. Précisons désormais que c'est un protocole de recherche qualitatif qui a été déployé afin d'aborder les perceptions des participants dans leur complexité et leur globalité. Pour ce faire, une méthode de recherche exploratoire a été adoptée et la parole a été accordée aux participants dont l'un de leurs membres reçoit ou a reçu des interventions de santé mentale à Montréal. Les pages qui suivent fournissent de l'information relative à la méthodologie, à la description de l'échantillon, aux techniques de collecte de données, au processus d'analyse de données, ainsi qu'à la qualité scientifique des conclusions. Des considérations éthiques complètent ce chapitre.

Objectifs de l'étude

L'objectif général de la présente étude est de mieux comprendre le point de vue des immigrants en regard de l'accès aux soins de santé mentale reçus au Québec, et ce, par la voie d'une recherche qualitative exploratoire. De façon plus spécifique, les objectifs de cette recherche sont les suivants :

1. Identifier les perceptions des immigrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale reçus à Montréal;
2. Documenter leurs perceptions relatives aux facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire;

3. Explorer leurs perceptions à l'égard des aspects qui permettent de bénéficier d'une intervention clinique efficace et de qualité.

Méthode qualitative

Selon le paradigme positiviste, le chercheur doit expliquer les relations causales entre les objets observables afin de formuler des lois généralisables (Poisson, 1983). Dans ce cas, les faits sociaux et psychologiques doivent être perçus comme des choses, ce qui permet d'abord d'accorder une importance aux corrélations qui existent entre les variables et ensuite de les observer de façon neutre et objective (Poisson, 1983). De ce fait, le chercheur doit abandonner toute subjectivité qui forme la source des erreurs (Pourtois & Desmet, 1988) afin de centrer son énergie sur la recherche des régularités et des lois, ainsi que sur l'explication des mouvements, à partir des observations sans chercher à comprendre les logiques et les objectifs de ces mouvements (Deschenaux & Laflamme, 2007). Cette démarche positiviste est perçue comme un moyen qui offre une plus grande garantie de la neutralité et de la rigueur (Thiévert, 2014).

L'une des critiques du positivisme, selon Deschenaux et Laflamme (2007), est associée à ses postulats qui considèrent les faits sociaux et psychologiques comme des choses. En d'autres termes, les positivistes ne prennent pas en considération la liberté et la conscience des acteurs sociaux. Évidemment, lors de la récolte de données, l'objectif du chercheur qui fait appel à la posture subjectiviste n'est pas d'étudier les particules ou les molécules, mais d'étudier des personnes humaines qui réfléchissent et qui disposent

non seulement d'une logique rationnelle et émotionnelle, mais également de la liberté d'agir. Son but est donc de comprendre les motivations des personnes, d'expliciter le sens qu'elles donnent à la réalité sociale, le sens caché de la dimension invisible, inobservable, c'est-à-dire de l'expérience subjective (Ansart, 1990). Qui plus est, le fondateur de l'ethnopsychiatrie, George Devereux (1980), explique que les postulats positivistes sont non seulement dépourvus de valeur, mais surtout nuisibles au processus de recherche. Le monde subjectif du chercheur, au lieu de le percevoir comme une source d'erreur, doit au contraire être considéré comme une force indispensable à la recherche scientifique :

Par bonheur, ce qu'on appelle les « perturbations » dues à l'existence de l'observateur, lorsqu'elles sont correctement exploitées, sont les pierres angulaires d'une science du comportement authentiquement scientifique et non – comme on le croit couramment – un fâcheux contretemps dont la meilleure façon de se débarrasser est de l'escamoter (p. 30)

Contrairement aux postulats positivistes, qui prétendent étudier les objets du monde tel qu'ils sont, le paradigme subjectiviste soutient donc que le chercheur n'est pas un acteur neutre à tous points de vue, car il est toujours en interaction avec son sujet d'étude. La subjectivité du chercheur, ses appartенноances culturelles et sociales sont censées alors influer dans les recherches, notamment que le chercheur n'isole pas l'objet d'étude et la séparation n'est pas introduite entre le premier et le deuxième (Thiébart, 2014).

Puisque les phénomènes sociaux et psychologiques existent dans le monde réel mais aussi dans les esprits (Miles & Huberman, 2003), les recherches qualitatives mettent de

l'avant la volonté de les étudier sans recourir à une démarche explicative qui a tendance à les considérer comme des objets froids, déconnectés de la réalité et dénués de sens (Paillé & Mucchielli, 2003; Poisson, 1983). Certes, vu que les personnes construisent leurs propres perceptions des phénomènes sociaux et psychologiques (Deschenaux & Laflamme, 2007), il est réaliste de tenter de saisir la réalité telle que la vivent ces personnes avec lesquelles le chercheur est en contact. L'approche qualitative en psychologie est donc primordiale afin de mieux saisir les principes sous-jacents aux comportements observés (Poisson, 1983).

J'ai choisi l'approche qualitative, car elle vise la mise en exergue de l'interprétation des personnes qui sont étudiées. Le chercheur met l'accent sur le singulier et la subjectivité (Anadón, 2006; Poisson, 1983), puisqu'il est impossible de dissocier un phénomène de la personne qui en fait l'expérience ou de séparer la perception de cette personne du contexte dans lequel elle l'exprime (Deschenaux & Laflamme, 2007; Maxwell, 2012; Savoie-Zajc, 2000). Le choix s'explique par le fait que cette approche se centre sur les préoccupations des acteurs telles qu'ils les vivent personnellement (Deslauriers & Kérisit, 1997); elle permet de capturer le sens qu'elles assignent aux expériences vécues, à travers un effort d'empathie et un raisonnement qui peut être alimenté par l'interaction entre l'investigateur et ces individus (Paillé & Mucchielli, 2016). Étant donné que le vécu de ces individus est expérientiel (Yin, 2011), il doit refléter un sens singulier, un sens orienté par leur système de pensées et leur vision du

monde particulière. Ce sens n'est pas inscrit dans les objets, déconnectés de leur contexte (Deslauriers & Kérisit, 1997), mais il découle de la réflexion des individus.

J'ai également choisi l'approche qualitative, car en contexte migratoire, elle a été considérée comme étant la plus appropriée pour capturer les expériences des immigrants et le sens qu'ils donnent à ces expériences, par l'intermédiaire d'entretiens et de la décrire. Dans cet angle, adopter une méthodologie qualitative, c'est :

[...] non seulement augmenter les connaissances sur le social, mais c'est aussi donner un droit de parole et de visibilité à ceux qui souffrent de leur invisibilité et du manque de reconnaissance dont ils font l'objet [...] remplacer les concepts de « quantité, objectivité, neutralité, généralisation, représentativité et validité » par ceux de « qualité, pertinence, cohérence, argumentation, rigueur, appropriation, sens et sujet » [...] s'intéresser aux histoires pour mieux comprendre l'Histoire (Vatz Laaroussi, 2007, p. 11)

Description de l'échantillon

La présente recherche a été réalisée dans la ville de Montréal. Cette situation s'explique par le fait que la tendance est tangible chez les immigrants à s'établir dans cette région, qui constitue le premier pôle d'attraction des immigrants dans la province. De plus, les origines ethniques, les appartenances culturelles et les identités des immigrants sont variées à Montréal. Comme cette recherche se base sur un échantillon constitué des immigrants (minorité ethnoculturelle), il a été difficile et complexe d'obtenir les diverses autorisations éthiques et scientifiques des institutions où nous voulions au départ recruter (clinique transculturelle Maisonneuve-Rosemont; clinique transculturelle Jean-Talon; le CIUSSS de la Capitale-Nationale), afin d'entrer en contact avec les immigrants ayant utilisé les services de santé mentale au Québec. Compte tenu

de la difficulté à recruter les participants par l'intermédiaire de ces institutions et que certains agents de ces établissements ont expliqué la complexité et la longueur des démarches administratives permettant d'obtenir l'approbation éthique et scientifique, le recours aux organismes communautaires constituait alors la solution pertinente. La facilité administrative à recruter des participants qui utilisent les services psychologiques (évaluation psychologique et psychothérapie) offerts par un organisme ethnoculturel montréalais a donc motivé ce choix.

Les participants retenus pour la présente étude ont diverses origines ethnoculturelles (Maroc, Mexique, Inde, Norvège, Cameroun-France). Au début des entrevues, les participants avaient tous le statut de résident permanent ou de citoyenneté au Canada. Ils sont arrivés au Québec depuis au moins sept ans. La langue utilisée lors des entretiens semi-dirigés par les participants était le français. L'âge des participants se situe entre 28 et 48 ans. Les participants sont des immigrants. Ils ont tous quitté leur société d'origine pour venir s'établir au Québec. Ils sont tous installés à Montréal.

En ce qui concerne le recrutement, un organisme communautaire à Montréal a été sollicité. Le sujet de recherche a été présenté à la directrice de l'organisme qui l'a expliqué à son tour à son équipe d'intervenants. Des explications ont été communiquées par l'organisme aux personnes intéressées avant le recrutement. Une affiche publicitaire a été utilisée pour attirer l'attention des clients qui recevaient les services de cet organisme. Tous les participants ont été recrutés par cette voie communautaire. Au

moment de l'étude, les participants utilisaient les services psychothérapeutiques offerts par cet organisme communautaire. Tous ont au moins un membre de la famille qui a fait appel aux services de santé mentale.

Les critères d'inclusion et d'exclusion suivants ont été appliqués à la sélection des participants (voir Tableau 4).

Collecte de données

Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées dans ce projet, chacune ayant pour but de compléter l'autre : l'entrevue semi-structurée et le journal de bord.

L'entrevue semi-directive. L'entretien semi-directif (voir Appendice A) a été choisi pour amasser les données dans le cadre de cette recherche, puisqu'il donne accès à l'univers intérieur des participants et permet d'explorer profondément leur expérience singulière associée à leur utilisation des services de santé mentale au Québec. Les questions étaient ouvertes. Elles visaient à faire élaborer les participants sur leur vision afin de couvrir toute l'étendue de leur vécu. Les questions ouvertes laissent la liberté aux participants de s'exprimer avec leurs propres mots pour permettre au chercheur de bien saisir leurs expériences (Poupart, 1997). Elles facilitent au chercheur l'accès à plusieurs données contextuelles qui permettent de capturer le vrai sens véhiculé par les participants (Poupart, 1997).

Tableau 4
Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Immigrants depuis au moins 1 an (permet d'être exposé à la culture du pays hôte et d'utiliser ses services)	Immigrants arrivés au Québec depuis seulement 11 mois et moins
Ayant un membre qui reçoit ou qui a reçu des services de santé mentale au Québec	Qui n'ont pas un membre de la famille qui a bénéficié d'un service de santé mentale au Québec
Qui habitent à Montréal	Être Réfugiés ou immigrants qui n'habitent pas à Montréal
Qui parlent couramment le français ou ayant un membre maîtrisant le français pour traduire les paroles de sa famille	Qui ne parlent pas le français ou l'arabe
Âge des participants : entre 18 ans et 60 ans	Âge 17 ans et - et 61 ans et +
Être motivé et apte à participer volontairement et activement à la recherche	Ne pas être motivé à participer à la recherche. Être des personnes présentant un facteur qui les aurait rendus inaptes à contribuer activement à cette recherche (p. ex., inaptitude mentale, déficience intellectuelle moyenne ou profonde, etc.)

Les entrevues se sont déroulées en hiver 2019. Une seule entrevue familiale en face à face a été menée auprès des participants, à l'exception de deux familles où une seconde entrevue individuelle (auprès de la personne ayant reçu le service de santé mentale) a pris place afin de valider certains éléments jugés importants par le chercheur (p. ex., son rapport à la médication, si ses choix sont influencés par la famille). L'entrevue était menée par le chercheur lui-même. La durée de l'entrevue était

d'environ 1 h 30 à 2 h 30 minutes et elle a pris place dans le lieu du recrutement. Le chercheur a essayé de mettre de côté ses présupposés d'ordre conceptuel ou théorique pour ne pas influencer les réponses des participants (Gohier, 2004). Dans ce sens, il est resté, avec authenticité, centré sur le discours des participants. Afin d'aider ceux-ci à exprimer leurs idées (Poupart, 1997), ses interventions consistaient principalement en des reflets, des reformulations ou des demandes de clarification.

Avant le début de l'entrevue, les participants étaient invités à remplir une fiche de données générales (voir Appendice B). Ensuite, le chercheur leur demandait d'élaborer davantage sur leur point de vue à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale reçus à Montréal, en suivant le guide d'entrevue (voir Appendice A). À la fin de l'entrevue, le chercheur résume les données collectées et les participants sont appelés à commenter les conclusions du chercheur afin de les valider, de les compléter ou de les corriger (Blais & Martineau, 2006). La fin de chaque entrevue familiale est donc suivie d'un bref retour avec les participants pour valider et partager les principaux sens récoltés. Ce partage constituait une occasion qui permettait de valider les données véhiculées par les participants (Gohier, 2004) afin d'atteindre un consensus nécessaire à la rigueur scientifique (Anadón & Guillemette, 2006). C'est alors durant cette période que le chercheur et les participants mettent en commun leur compréhension, puisque selon Miles et Huberman (2003), dès le début de la collecte de données, le chercheur qualitatif doit commencer à décider du sens des informations récoltées, mais les conclusions « finales » apparaissent à la fin du processus de la collecte de données (Blais &

Martineau, 2006). Les entrevues ont été enregistrées sur un support audio. Immédiatement après chaque entretien, les données récoltées et les commentaires ont été également consignés dans le journal de bord.

D'origine marocaine, le chercheur possède un DESS en psychologie clinique et une maîtrise clinique en psychoéducation, ainsi qu'une formation doctorale en psychologie (programme de Ph.D.). De plus, il possède une formation clinique spécifique dans le domaine de la psychologie interculturelle. Il a également effectué des recherches interculturelles. Néanmoins, dans ses expériences personnelles de vie, il est lui-même immigrant et il a côtoyé des personnes issues de diverses origines ethniques. Ces expériences lui ont permis de renforcer une sensibilité à la diversité ethnoculturelle.

Le journal de bord. Le journal de bord est considéré comme un instrument de réflexivité et d'autocontrôle principal de méthodologies qualitatives (Miles & Huberman, 1994). Il vise à colliger les observations quant aux comportements verbaux et non-verbaux des participantes lors des entrevues et à noter les communications importantes de ceux-ci, ainsi que celles du chercheur (Deslauriers, 1991). Des informations qui concernent la dynamique des participants sont également consignées dans le journal de bord. En d'autres termes, ce dernier est formé de traces écrites du chercheur dont le contenu englobe les faits, les idées, les conversations importantes, les sentiments, les réactions émotionnelles, les descriptions, le vécu, les interactions, les réflexions, etc. (voir Appendice C); il permet au chercheur de se souvenir des

événements et de mieux étudier le matériel récolté (Baribeau, 2005). Le journal de bord permet alors de consigner les données que le chercheur juge importantes et d'être réflexif durant la recherche (Valéau & Gardody, 2016). Pour comprendre globalement les entretiens et afin de donner un sens et une cohérence au matériel récolté, le journal de bord retient aussi les éléments contextuels (p. ex., expressions non verbales des participants, leurs postures), les notes méthodologiques associées au déroulement de la recherche, ainsi que les notes théoriques qui concernent le cheminement du chercheur (Deslauriers, 1991; Miles & Huberman, 1994). De plus, cet outil est important pour l'analyse des données de la recherche (Boutin & Camaraire, 2001; Rondeau & Paillé, 2016) et contribue à l'évaluation de la validité des connaissances présentées (Valéau & Gardody, 2016).

Cadre d'analyse

L'analyse des données s'est faite par l'intermédiaire des catégories conceptualisantes (Paillé & Mucchielli, 2008). Ainsi, selon ces auteurs, la finalité de l'analyse est de qualifier le vécu, les interactions et les logiques selon une démarche théorisante. La catégorie représente l'outil fondamental de cette méthode d'analyse. La catégorie signifie :

...production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. [...] À la différence de la « rubrique » ou du « thème », elle va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification. (Paillé & Mucchielli, 2003, p. 233)

La catégorie fait référence à un condensé de significations, à l'analyse, et au processus de la théorisation progressive. Elle désigne une brève expression qui permet de dénommer un phénomène; elle est dite conceptualisante (Paillé & Mucchielli, 2016). La catégorie permet d'attribuer un sens et de construire des concepts. Elle évoque, entre autres, une expérience, un état, une action collective, un processus, un incident situationnel, une logique, une dynamique, etc. (Paillé & Mucchielli, 2008). L'approfondissement de l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes se base sur l'interprétation scientifique rigoureuse qui désigne, selon ces auteurs, la signification qui est perçue comme valable par les chercheurs scientifiques en lien avec le phénomène étudié. L'analyse à l'aide des catégories se base sur le processus d'induction théorisante. L'induction théorisante forme une démarche qui permet de produire de nouvelles données à partir d'une observation attentive des faits et du vécu. C'est un effort de conceptualisation du phénomène étudié (Paillé & Mucchielli, 2008).

La construction et la validation d'une catégorie passent par trois stades. Premièrement, le chercheur doit définir la catégorie de manière précise, concise et claire de l'objet d'étude que représente la catégorie. Deuxièmement, le chercheur spécifie les caractéristiques fondamentales de la catégorie. Troisièmement, le chercheur tente d'identifier les conditions d'existence de la catégorie, c'est-à-dire les situations, les événements ou le vécu (Paillé & Mucchielli, 2008).

L'analyse fut réalisée selon les trois phases principales décrites par Paillé et Mucchielli (2008) : la transcription, la transposition et la reconstitution. Ainsi, la première phase de travail a consisté à transcrire intégralement les données enregistrées pendant chaque entrevue. Le chercheur principal a réalisé cette tâche. De plus, il a fait une révision systématique de chaque transcription faite.

Durant la deuxième phase, le chercheur principal a fait une série de lectures flottantes du corpus de données à analyser afin d'en capturer le sens global. Ensuite, il a effectué des relectures entières, approfondies et attentives des données transcrites.

Dans la troisième phase, il a procédé à l'identification systématique d'unités de significations principales tout en consultant les données du journal de bord. Ces unités ont été codées et classées en trois grandes catégories conceptualisantes : (1) la longue liste d'attente; (2) la psychothérapie; et (3) la langue maternelle. Pour conclure, il est irréaliste de croire que la scientificité d'une recherche se fonde sur le fait qu'un analyste externe à la recherche arriverait également aux mêmes conclusions finales, car les catégories conceptualisées dépendent, entre autres, de la position épistémique du chercheur, de son cadre théorique et expérientiel, des caractéristiques du matériau à l'étude et des finalités sociales de la recherche (Paillé & Mucchielli, 2008).

Qualité des conclusions

Afin de pallier les effets de la subjectivité et d'assurer la qualité scientifique des conclusions issues de la présente étude, des critères de confiance proposés par Morrow (2005) ont été adoptés: le critère principal qui a été utilisé est la pratique réflexive. Ainsi, le chercheur a utilisé le journal de bord pour consigner par écrit ses présuppositions issues de la recension des écrits effectuée, ses croyances personnelles avant le processus de recherche, ainsi que ses points de vue et ses réactions lors des entrevues. Cette méthode lui a permis de prendre conscience de ses préconceptions à l'égard du phénomène à l'étude et de limiter leur impact sur les résultats obtenus.

Durant la phase de l'analyse de données, la pratique réflexive a permis de contrôler la tendance du chercheur à vouloir confirmer ses préconceptions. Cet exercice a facilité la formulation d'un ensemble de conclusions finales qui reflètent les perceptions des participants (Morrow, 2005). La démarche réflexive a également permis au chercheur d'inviter les participants à vérifier les interprétations préliminaires et les données récoltées à la fin de chaque entrevue. Les commentaires oraux des participants ont permis d'approuver ou encore de corriger les conclusions initiales du chercheur (Blais & Martineau, 2006). De plus, le chercheur a entrepris une vaste recension des écrits avant et durant le stade de l'analyse des données (Morrow, 2005). Ce travail lui a permis d'alimenter sa réflexion sur le thème de la recherche et d'identifier des écrits scientifiques permettant d'intégrer les résultats obtenus dans la présente étude.

Considérations éthiques

Signalons tout d'abord que cette recherche a reçu l'aval du comité d'éthique de la recherche de l'université d'attache du chercheur principal, soit l'Université du Québec à Trois-Rivières (voir Appendice D). Par ailleurs, certaines considérations éthiques ont été prises durant ce processus de recherche. Les participants ont signé un formulaire de consentement, incluant le consentement à l'enregistrement audio (voir Appendice E). Ce formulaire faisait état du droit des participants de se retirer de l'étude en tout temps sans aucun préjudice. Les participants ont été informés de la nature confidentielle des données récoltées et de la nature volontaire de leur participation. Des informations claires sur les mesures prises pour respecter l'anonymat, ainsi que sur les personnes-ressources à contacter, au besoin, ont été communiquées aux participants.

Chapitre 5

Résultats

Article 2 : L'accès aux soins de santé mentale à Montréal : la perception des immigrants
(Revue *Enfances Familles Générations*)

L'accès aux soins de santé mentale à Montréal : la perception des immigrants

Access to mental health care in Montréal: The perception of immigrants

Abdelaaziz OURHOU¹

Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Sous-direction de

Saïd BERGHEUL, Ph.D., Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT),

codirecteur

Emmanuel HABIMANA, Ph.D., Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR),

directeur

Toute correspondance relative à cet article doit être acheminée à Abdelaaziz Ourhou

abdelaaziz.ourhou.09cisss@sss.gouv.qc.ca

Clinique externe de psychiatrie

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

835, boulevard Joliet, Baie-Comeau, QC G5C 1P5

Téléphone : (450) 234-3464

Résumé

Cette étude qualitative exploratoire analyse la perception des immigrants à l'égard des soins de santé mentale reçus à Montréal. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées avec des immigrants vivant à Montréal. Les résultats montrent que les participants dénoncent l'attente trop longue avant d'accéder aux services de psychologie et désapprouvent la médicalisation de leurs difficultés. En revanche, la psychothérapie pourrait contribuer à atteindre le soulagement et à diminuer la souffrance psychologique de cette clientèle. La conclusion de cette étude propose de changer les pratiques de santé mentale visant les immigrants. Les principales limites de cette recherche concernent son caractère exploratoire et la taille de l'échantillon. Les recherches futures pourraient viser à recruter des échantillons plus grands et plus représentatifs afin d'évaluer la robustesse des résultats de la présente étude.

Mots clefs : Immigrants, psychologie interculturelle, obstacles aux soins, psychothérapie interculturelle, perceptions, entretien semi-dirigé, méthode qualitative

Abstract

This exploratory qualitative study analyzes the perception of immigrants regarding mental health care received in Montreal. Semi-structured interviews were conducted with immigrants living in Montreal. The results show that participants denounce the long wait before accessing psychological services and disapprove of the medicalization of their difficulties. On the other hand, psychotherapy could contribute to achieving relief and reducing psychological suffering depending on the results. The conclusion of this study proposes to change mental health practices targeting immigrants. The main limitations of this research concern its exploratory nature and the sample size. Future research may be aimed at recruiting larger and more representative samples to assess the robustness of the results of this study.

Keywords: Immigrants, intercultural psychology, barriers to care, intercultural psychotherapy, perceptions, semi-structured interview, qualitative method

Introduction

Toute personne atteinte d'un trouble psychologique est confrontée à une période difficile d'adaptation; les patients et leurs familles doivent composer avec une condition générant un stress et des besoins très élevés (St-Onge & Lavoie, 2009). Dans un contexte migratoire, les immigrants, fragilisés par le processus migratoire, subissent plusieurs stress supplémentaires, notamment des difficultés d'accès aux soins appropriés, qui accentuent leur épuisement (Ben-Cheikh & Rousseau, 2013a). Plusieurs études montrent que le rapport aux services de santé mentale en contexte migratoire est influencé par plusieurs facteurs : en effet, certains chercheurs ont rapporté que la discrimination (Spencer & Chen, 2004), les problèmes de confidentialité et d'interprétation limitent le recours des immigrants aux soins de santé mentale (Loewenthal, Mohamed, Mukhopadhyay, Ganesh, & Thomas, 2012; Smith, 2011). D'autres études ont conclu que les visions déformées des patients sur les soins de santé mentale, leurs croyances non comprises par les cliniciens (Fenta, Hyman, & Noh, 2006; Frey & Roysircar, 2006), la méconnaissance des problèmes de santé mentale et un niveau faible d'acculturation (Cader, 2017) perpétuent le non-recours à ces services. En outre, les écarts culturels et linguistiques (Kirmayer et al., 2007), la considération des troubles mentaux comme des maladies organiques (Li & Browne, 2009) limitent aussi l'utilisation de ces soins. Au Québec, Ben-Cheikh et Rousseau (2013a) constatent que l'organisation des services, la complexité bureaucratique et le manque de ressources du secteur public limitent l'accès de certains immigrants, ayant un enfant diagnostiqué avec un trouble envahissant du développement, aux services spécialisés dans le diagnostic de

l'autisme. Ceux-ci ressentent un désarroi accentué en raison des services publics inaccessibles et du manque de moyens financiers pour des services privés. Les résultats d'une autre recherche de Ben-Cheikh et Rousseau (2013b) montrent que les croyances biomédicales, religieuses et traditionnelles, adoptées par certains immigrants maghrébins ayant un enfant diagnostiqué avec un trouble du spectre autistique au Québec, influencent leur choix curatif. Cette dernière recherche, centrée sur l'exploration des systèmes de croyance et des choix thérapeutiques des parents maghrébins, montre que ceux-ci font appel à la fois aux méthodes thérapeutiques utilisées au Québec et aux soins ancestraux utilisés dans leurs pays d'origine. Par ailleurs, dans la littérature actuelle, un consensus semble s'être constitué autour de la rareté des recherches québécoises qui ont analysé les perceptions des migrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale au Québec (Ahmed & Bates, 2012; Tucker et al., 2003). La plupart des études réalisées sur ce sujet ont été menées presqu'exclusivement auprès des professionnels de la santé mentale (Burgoyne, 2014; de Plaen et al., 2005; Hassan & Rousseau, 2007). L'absence de la vision des usagers limite la connaissance des besoins spécifiques de cette clientèle, d'où l'importance de la présente recherche.

La présente étude vise à décrire le point de vue des immigrants montréalais à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale en contexte québécois. Les questions à l'étude sont : Comment les immigrants perçoivent-ils l'accès aux soins de santé mentale à Montréal? Quelles sont leurs perceptions relatives aux facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire? Quelles sont leurs perceptions à

l'égard des dimensions positives permettant de bénéficier d'une intervention clinique efficace et de qualité? Nous souhaitons, par le biais de cette recherche, apporter une contribution à l'accessibilité des services de santé mentale dans un contexte multiculturel. Une connaissance spécifique de la vision des immigrants devrait permettre aux fournisseurs de soins de santé mentale d'améliorer l'accès de cette clientèle aux services de santé mentale et de cibler les interventions les plus utiles et d'en maximiser le potentiel.

Méthodologie

Le paradigme postmoderne suppose que la découverte de la vérité est subjective et qu'elle n'est pas objective (Marshall & Rossman, 1999). Par conséquent, nous avons fait le choix d'une méthodologie qualitative plutôt qu'une méthodologie quantitative. Cette méthode a été choisie parce qu'elle permet l'exploration détaillée et nuancée et d'analyser en profondeur les réalités définies subjectivement par les participants (Miles & Huberman, 2003; Trudel, Simard, & Vonarx, 2006; Yin, 2003). Elle permet d'accéder à des informations riches et fécondes et de donner une place à la parole des patients immigrants (Ahmed & Bates, 2012; Tucker et al., 2003). Afin de mieux explorer la perception de cette clientèle, le choix des questions d'entrevues semi-dirigées a été facilité par la consultation d'un corpus de connaissances produites en psychologie interculturelle (Baribeau, 2009).

La collecte de données

Quant aux sources de données (voir Tableau 5), l'*entrevue semi-structurée* a été choisie, car cet outil est interactif et permet d'avoir accès au point de vue des participants et d'approfondir notre compréhension des perceptions profondément inscrites dans leur esprit (Dépelteau, 2010; Poisson, 1991). Cet outil facilite l'obtention des réponses précises aux questions définies. Il offre aux participants la liberté d'exprimer leur point de vue tout en facilitant l'établissement des comparaisons à différents temps quand les sujets interviewés sont interrogés plus d'une fois (Poisson, 1991). Par ailleurs, un bref questionnaire sociodémographique a recueilli des informations de base sur le profil des participants (pays d'origine, âge, sexe, service de santé mentale utilisé à Montréal, langue maternelle, nombres d'années passées au Québec, etc.).

Le *journal de bord* a aussi été utilisé. Il est considéré comme un instrument de réflexivité et d'autocontrôle principal des méthodologies qualitatives (Miles & Huberman, 1994). Il permet de consigner les données que le chercheur juge importantes et d'être réflexif durant la recherche (Valéau & Gardody, 2016). Il retient également les éléments contextuels, les notes méthodologiques associées au déroulement de la recherche, ainsi que les notes théoriques qui concernent le cheminement du chercheur (Deslauriers, 1991; Miles & Huberman, 1994). De plus, cet outil contribue à l'évaluation de la validité des connaissances et des résultats présentés (Valéau & Gardody, 2016).

Tableau 5
Sources de données

Sources de données	Entrevue semi-dirigée	Journal de bord
Données collectées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbatim ▪ Vérification et révision de mes interprétations avec les participants à la fin de l'entrevue familiale ▪ Brève entrevue individuelle à la fin de l'entrevue familiale selon le besoin pour vérifier un sens avec le participant concerné (p. ex., si son refus de la médication est influencé par la famille) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notes d'observation ▪ Idées centrales, émotions, expériences et faits importants lors de l'entrevue ▪ Préconceptions et réflexion du chercheur ▪ Notes méthodologiques et théoriques

Profil des participants

Les principales caractéristiques des participants qui composent l'échantillon de la présente étude sont présentées dans le Tableau 6.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'*inclusion* suivants ont été appliqués à la sélection des participants : être un immigrant depuis au moins 1 an, question d'avoir le temps d'être exposé à la culture du pays hôte et d'utiliser ses services de santé mentale; avoir un membre de la famille qui reçoit ou qui a reçu des services de santé mentale au Québec; habiter à Montréal et être âgé entre 18 et 60 ans; parler couramment le français ou avoir un

membre de la famille maitrisant le français pour traduire les paroles de sa famille et être motivé et apte à participer volontairement et activement à la recherche.

Tableau 6

*Profil des participants*¹

Pays d'origine des participants	Nombre interrogé ¹	Âge	Nombre d'années au Québec	Durée d'entrevue
Maroc	1	44	10 ans	2 heures
Mexique	3	35-42	14 ans	2 heures 30
Mexique	3	34-46	8 ans	2 heures
Cameroun-Norvège	2	44-42	11 ans	1 h 45
Inde	2	28-33	9 ans	1 h 30
Mexique	3	40-48	7 ans	2 heures

Les critères d'*exclusion* étaient : être un immigrant arrivé au Québec depuis seulement 11 mois et moins; ne pas avoir bénéficié d'un service de santé mentale au Québec; faire partie des réfugiés; être un immigrant qui n'habite pas à Montréal, ne parle pas le français ou l'arabe; être âgé de moins de 18 ans ou de 61 ans et plus; ne pas être motivé à participer à la recherche; être un individu présentant un facteur qui l'aurait rendu inapte à contribuer activement à cette recherche (p. ex., inaptitude mentale, déficience intellectuelle moyenne ou profonde, etc.).

¹ Les autres membres de la famille provenant du Maroc n'ont pas pu se présenter à l'entrevue. L'entrevue a alors été menée seulement auprès du père ayant reçu les soins de santé mentale à Montréal vu l'importance de son expérience. Dans cette présente recherche, les enfants ne sont pas inclus. Seuls les parents et les adultes sont interviewés (conjoints, frères, sœurs, mères, pères de la personne ayant reçu les soins de santé mentale).

L'analyse des données : analyse à l'aide des catégories conceptualisantes

La recherche qualitative forme un modèle utilisé en sciences molles depuis 1920, notamment par les sociologues de l'école de Chicago (Dépelteau, 2019). C'est au début de 1970 que les méthodes de recherche qualitative obtiennent leur statut scientifique aux États-Unis et au Canada (Royer, 2013). Les approches qualitatives disponibles pour appréhender les phénomènes humains sont nombreuses (Miles & Huberman, 2003), mais pour notre recherche, nous avons fait le choix de l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes, qui trouve ses bases méthodologiques et épistémologiques dans la théorie ancrée. L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes a pour but de théoriser, de qualifier le vécu et les interactions. Elle permet de construire graduellement les concepts jusqu'à la formulation d'un construit théorique synthétique, c'est-à-dire une catégorie (Paillé & Mucchielli, 2008). Pour ces auteurs, la catégorie est un résumé de significations, de reformulations et de sens. Elle peut englober une expérience, un sentiment, un état ou une dynamique relationnelle. L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes vise alors à construire des interprétations et des théories à partir des données du terrain. Elle fonctionne à l'inverse de la méthode scientifique traditionnelle et permet d'investiguer l'aspect conceptuel de la personne et de comprendre ses caractéristiques culturelles. Pour construire une catégorie, il est important de commencer par la définition claire et précise du phénomène que la catégorie représente. Ensuite, le chercheur centre son effort cognitif sur l'extraction des caractéristiques fondamentales du phénomène. Finalement, le chercheur identifie le contexte d'existence du phénomène,

c'est-à-dire les conditions, les événements, les expériences qui se rattachent à ce phénomène. Les données recueillies sont préalablement transcrites.

Dans ce sens, des lectures répétées des transcriptions ont été effectuées, suivies d'une analyse des verbatim (Baribeau, 2009). Le point de vue des participants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire est extrait des transcriptions et inscrit sur des cartes fiches. Ensuite, l'analyse des données est effectuée pour fournir une description précise, complète et fidèle de la perception des participants. La catégorisation nous a permis de regrouper des significations en catégories, de manière inductive, en découplant les données afin d'obtenir des « noyaux de sens » pouvant être regroupés (Paillé & Mucchielli, 2008). L'interprétation a aussi été mise en relation avec les données du journal de bord et les connaissances approfondies du chercheur en psychologie interculturelle et la recension des écrits (Baribeau, 2009).

La présente étude qualitative exploratoire repose donc sur des données qui proviennent d'entrevues semi-structurées. Le journal de bord a également été utilisé (voir Tableau 5) afin de respecter les exigences scientifiques suivantes : la fidélité des données, la validité interne du plan de recherche, la généralisation théorique et l'objectivité (van der Maren, 1995).

Six familles immigrantes ont été recrutées via un organisme communautaire ethnoculturel à Montréal. Les entrevues semi-structurées ont été conduites au sein de cet

organisme. Les similitudes et certaines différences culturelles entre les familles et le chercheur (immigrant, provenant du Maroc) ont été des éléments clés qui ont facilité l'alliance avec les participants. Les entrevues se sont déroulées en français. La question de la représentativité des personnes interviewées a été réglée par le respect de ces deux éléments : d'une part, leur pertinence, ce qui signifie leur capacité de produire une information en lien avec les questions de recherche; et d'autre part, leur possession d'un ensemble de traits qui en font des individus ou un modèle réduit de la population étudiée (van der Maren, 1995). De plus, la saturation des données nous a permis de mettre fin au recrutement des sujets. L'échantillon était suffisant lorsque nous avons réalisé que malgré l'ajout des personnes, culturellement hétérogènes, n'apporte pas d'information supplémentaire (Glaser & Strauss, 1967). Nous avons obtenu les informations en faisant varier l'instrument de collecte de données (le journal de bord, l'entretien familial, le recours parfois à l'entretien individuel, la validation des significations récoltées a été révisée par le chercheur et les sujets interviewés à la fin de chaque entrevue).

Résultats

Cet article présente les résultats (voir Tableau 7) de cette présente étude ayant exploré, à l'aide d'un entretien semi-structuré, la perception des immigrants à l'égard de l'accès aux services de santé mentale à Montréal. Premièrement, les résultats montrent que l'accès de cette clientèle aux soins psychologiques à Montréal est problématique. Deuxièmement, les participants désapprouvent la consultation des psychiatres et privilégident le recours aux services de psychologie en contexte migratoire.

Troisièmement, pour certains participants, la psychothérapie serait plus efficace dans leur langue maternelle.

Longue liste d'attente

Les participants dénoncent l'attente trop longue et les services psychologiques inaccessibles dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Il faut attendre minimalement 5 à 8 mois avant de rencontrer un psychologue. Ce retard engendre une détérioration de la santé psychologique de la personne déjà en souffrance. Les participants ressentent un désarroi accentué par l'inaccessibilité des services publics et le manque de moyens financiers pour des services privés :

Au CLSC, je n'ai pas aimé leur approche, c'était très long, il fallait rencontrer plusieurs professionnels avant de rencontrer un psychothérapeute. J'ai attendu pour rien finalement. J'ai perdu mon temps et mon énergie. Une longue attente de 8 mois pour finir dans un organisme communautaire. J'ai franchi plusieurs étapes ensuite avant d'accéder aux services psychothérapeutiques de l'organisme; il fallait attendre encore une fois 4 mois. Ça n'a pas de bon sens!(E)

Les services publics, ça prend du temps, la liste d'attente est longue. Le premier rendez-vous prend 5 à 6 mois. Trouver de l'aide psychologique, ce n'est donc pas facile. Ce retard peut amener au suicide, à l'agressivité, surtout que les gens ne comprennent pas comment agir avec la personne. Dans le cas d'une urgence, l'accès est facile à la travailleuse sociale. (A)

Tableau 7

Les principales catégories ressorties

Catégories ressorties	La vision correspondante selon les participants
Longue liste d'attente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services de psychologie inaccessibles même en état d'urgence, déficients, limités ou inexistant; retard mettant la vie du patient en danger, longs délais inacceptables, non raisonnables et engendrant la dégradation du psychisme, le recours à l'alcool pour soulager la souffrance et l'évitement des milieux se soins. Désarroi, passage par plusieurs professionnels sans efficacité, absence de fonds pour le secteur communautaire afin de réduire le temps d'attente, ce qui entraîne des idées suicidaires et la désorganisation mentale. ▪ Service privé très cher, recherche de l'aide du réseau social par Internet, accès rapide aux services seulement en cas de perte des capacités mentales. ▪ Système de santé mal fait.
La psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide apaisante, se libérer de ses maux, amélioration, bien-être, dire authentique. La verbalisation est vitale. Elle permet d'atteindre la satisfaction des besoins psychologiques, le contrôle de soi, le soulagement. C'est le soutien, l'épanouissement, l'apprentissage, l'écoute, l'équilibre, le lien social, la communication, le dévoilement, la parole, le contact humain. C'est être entendu et compris. C'est la sécurité, la confiance, le travail sur la personnalité, la mobilisation des ressources internes, le conseil, l'expression des affects les plus intimes. ▪ La psychothérapie permet une compréhension du contexte du problème et d'instaurer un espace chaleureux de parole, de protection, de coréflexion, de partage du vécu. ▪ Suprématie de la psychothérapie : refus de la médication et de consulter un psychiatre.
Langue maternelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préférence d'un psychologue immigrant parlant la langue maternelle du patient. ▪ Elle permet l'expression confortable, le contact authentique avec les affects, la transmission fidèle et immédiate du vécu. Utiliser la langue maternelle en intervention est plus efficace que la médication. La langue maternelle permet d'entrer en contact avec soi-même et de qualifier son vécu.

Il est difficile d'accéder rapidement, même en cas d'urgence, aux services de psychologie. Cet état perturbe la relation de couple et pousse les patients à expérimenter d'autres manières pour soulager leur mal-être. De plus, le coût des soins en privé est trop cher. D'un point de vue global, la réduction des temps d'attente nécessite le déploiement des efforts pour augmenter les ressources offrant des soins psychologiques dans un délai raisonnable :

Pour bénéficier des soins psychologiques au Québec, l'attente est longue, ça prend plusieurs mois. L'accès aux soins est difficile; six mois d'attente alors que j'étais dans les problèmes et le Centre de crise ne m'aidait pas, ne me soutenait pas! Au CLSC, ils m'ont dit d'aller au communautaire ou en privé.

Mais le coût d'une séance de psychothérapie est de 140 \$. Ça dépasse mes capacités. J'ai parlé donc avec mes amis en Europe par Internet pour trouver des solutions. Les soins existent pour les cas extrêmes seulement, quand tu perds ton raisonnement. Quand ma fille était perturbée, le CAVAC m'a aidé, j'ai consulté une psychologue en privé et ça m'a coûté 600 \$ pour cinq séances! Pour moi et ma femme, il n'y avait pas de soutien psychologique, ni de professionnels pour améliorer notre communication conjugale. Au Québec, il n'y a pas de valorisation de l'être humain et de la santé mentale, on s'en fiche! Si les gens souffrent, ils utilisent une ordonnance personnelle : l'alcool. C'est seulement la communauté qui soutient, les amis et le réseau social. Le système n'écoute pas, n'a pas la volonté d'aider les immigrants. Plusieurs ne consultent pas à cause de ça. Il y a une grande discrimination et il n'y a pas de stabilité de professionnels, ça change toujours, ça fait perturber. Le système public de santé mentale n'est pas humain, comme s'ils nous disent débrouillez-vous. (H)

L'attente est aussi souvent longue pour avoir un rendez-vous dans le réseau communautaire. Les services psychologiques peuvent aussi varier de non-existants à une attente d'une durée minimale de trois mois :

Dans le communautaire, l'attente est très longue, il n'y a pas d'intervention psychologique. Dans les associations, ça prend 3 mois. (A)

Un ami m'a référé à l'organisme après 8-10 mois d'attente pour avoir un premier rendez-vous au CLSC. C'est très long! C'est l'absence du service dont j'avais besoin! (B)

La performance actuelle des fournisseurs communautaires de soins de santé mentale en matière de temps d'attente n'est pas à la hauteur des attentes des patients :

Les soins ici à l'organisme ne sont pas chers, mais l'attente, c'est long pour accéder aux services de la psy. Ça prend 2-3 mois. Plusieurs abandonnent, car c'est long. Plusieurs personnes ont attendu 3 mois, après elles ont abandonné, c'est long 3 mois lorsque la personne est perturbée, c'est beaucoup! Attendre 10 jours, c'est mieux qu'une attente de plusieurs mois. (C)

La longue liste d'attente est associée, dans le secteur communautaire, à l'absence de fonds. Résoudre la question du financement permet de réduire les obstacles aux soins de santé mentale auxquels sont confrontés les patients immigrants :

Cet organisme n'a pas beaucoup de ressources financières et donc ça limite l'utilisation de leurs services psychologiques. Les psychologues travaillent donc à temps partiel, car il n'y a pas de ressources pour payer à temps plein ces intervenants afin d'assurer plus de séances de psychothérapie. Attendre 4 mois est relié à ça. La psychologue ne peut pas travailler à temps plein pour prendre plus de patients et pour que le temps d'attente soit plus court. (F)

Les données recueillies ont révélé que des temps d'attente élevés peuvent contribuer à la détérioration de l'état de santé mentale des patients déjà affectés par le processus migratoire. La longue attente finit par augmenter le niveau d'inquiétude, d'anxiété et de stress. Se battre est parfois mentionné comme une approche utilisée pour accéder aux soins :

Je me suis orientée au CLSC et au communautaire pour chercher de l'aide; d'un organisme à l'autre, la liste d'attente est longue et mon stress augmente. Après 5 mois, on m'a appelé dans un organisme : ils m'ont dit, on a de la place pour vous. Au Québec, il faut se battre, on est déjà fragiles en tant qu'immigrants, en plus il faut se battre pour financer les soins; il faut toujours insister pour recevoir un simple service. La loi est mal faite. Ils permettent théoriquement des choses, mais concrètement ça ne marche pas. (I)

Le psychologue constitue le premier et le dernier point de contact pour accéder à des services de santé mentale. Les temps d'attente perçus comme prolongés et inacceptables ne se répercutent toutefois pas seulement sur la satisfaction du patient, elle a aussi des effets réels et souvent négatifs sur celui-ci, et ce, en raison de la désorganisation du système de la santé :

Ce que je trouve, le système assez spécial, farfelu, système mal fait, désorganisé et complexe. Ils font de la discrimination entre les Québécois de souche et les Québécois d'appartenance. Je n'ai pas eu accès aux services de psychologie. Ils ne sont pas ouverts en plus. Vous avez le temps de mourir ou de devenir fou pour trouver un psychologue. La liste d'attente est très longue, comme si tu cherches un chat noir dans une salle noire. Tu ne le trouveras pas! Le système est dysfonctionnel, mal organisé. J'ai essayé au CLSC, à l'hôpital, mais pas de réponse. La travailleuse sociale, c'est terrible, elle ne m'a pas référé, elle ne m'a pas donné le service. (J)

Une situation d'*urgence* implique d'agir rapidement en cherchant le soutien nécessaire. Ce besoin subjectif immédiat d'entrer en contact avec un psychologue est vital, mais les services du psychologue sont inaccessibles, ce qui peut amener parfois au suicide ou à la désorganisation :

Ça prend plusieurs mois d'attente, et nous on sent l'urgence de trouver une solution aux problèmes. C'est trop long dans un état d'urgence. Certains se suicident. On est débordés mentalement, on devient violents, ce n'est pas bon finalement! C'est important de soutenir rapidement le patient en état d'urgence. Le premier contact, c'est important d'accéder aux soins du psychologue pour nous écouter au début. On prend l'optique du négatif, on doit être rapidement suivis. (L)

La psychothérapie

L'effet bénéfique de la psychothérapie permet aux patients porteurs de blessures psychologiques d'atteindre le soulagement. Il y a une action psychologique positive, une

procédure qui influence profondément le fonctionnement affectif du patient et générant chez lui ce sentiment de bien-être, d'être compris, consolé et rassuré :

J'étais seul dans ma souffrance, isolé. J'ai préféré ne pas tout partager avec les gens et j'ai ouvert mon cœur en psychothérapie suite à l'installation d'une confiance de base, ça m'a soulagé! La psychologue m'a donné des astuces et a démontré sa compréhension en me mettant à l'aise rapidement quand je parlais de mon histoire personnelle. Elle était chaleureuse et bienveillante. Elle était capable d'entrer dans mon univers personnel par ses mots, ce qui a facilité le dévoilement. (A)

Le soulagement des maux psychologiques par les mots est ressenti après satisfaction des besoins ou résolution de problèmes de la patiente en psychothérapie. La psychothérapie permet d'atteindre une sorte de satisfaction et d'apaisement résultant des échanges dans un contexte clinique caractérisé par la confidentialité :

La psychologue m'aide énormément. Avant de la rencontrer, je pleurais beaucoup, j'étais trop déprimée. Maintenant la psychologue est très bonne, je parle avec elle de mes problèmes lourds, de mes fardeaux. Parler avec la psychologue c'est apaisant et c'est confidentiel, c'est mieux que de parler avec nos amis. Avec elle, maintenant ça va très bien, je me sens soulagée et apaisée. Mon état s'améliore et je suis satisfaite de ses services. (C)

C'est par la parole que passe souvent le sens du vécu, l'expression des affects, le partage des idées concernant les éléments constitutifs des trajectoires de vie. Ce vécu doit être mis en mots. L'investissement autour de la parole en psychothérapie est important, car il répond au besoin de se délivrer, de se raconter, de coréfléchir en toute confiance :

La confiance, quand on s'ouvre à l'autre, c'est ça qui est difficile à établir en psychothérapie et c'est ce qu'on trouve ici dans cet organisme, un climat chaleureux et accueillant pour parler de notre souffrance. Ici, je m'exprime, je me dévoile et j'échange avec la psychologue. (F)

Il est préférable de libérer la parole en psychothérapie que de consulter un psychiatre. La parole et l'interaction humaine féconde permettent l'émergence émotionnelle et le soulagement qui ne sont pas possibles dans un cadre psychiatrique basé sur la prescription de médicaments :

Pour moi, c'est clair dans ma tête. Parler, c'est mieux que le médicament. La psychologue est beaucoup mieux que les pilules. Avec la psychologue, on parle, on vit, il y a le contact, la personne, la chaleur humaine, l'écoute, c'est plus bénéfique que le médicament. On peut prendre le temps pour parler de nos problèmes. Avec la psychologue, il n'y a pas de stress comme avec le psychiatre. Je trouve cela dommage que les psychiatres banalisent la parole, pourtant ça fait partie de leur rôle! (D)

Les interventions psychologiques sont importantes comparativement à la médication psychiatrique :

Une psychiatre voulait me prescrire un antidépresseur, un anxiolytique et des somnifères. Ça n'a pas de bon sens! Je ne voulais pas, j'ai refusé finalement, je n'avais pas besoin de médicaments! Moi, j'ai besoin de parler. Tu sais, souvent, les psychiatres ne facilitent pas l'accès aux soins, car on pense qu'ils vont prescrire des médicaments et qu'ils ne vont pas écouter. Ils ne cherchent pas à comprendre ton problème et à t'écouter. Ils s'en foutent de tes paroles en d'autres termes. (G)

La médicalisation décontextualise les difficultés psychologiques, alors que les interventions psychologiques permettent d'avoir accès à une approche dialogique, centrée sur l'écoute, la parole, l'émotion, le relationnel, l'environnemental, le contexte, l'échange, et ce, afin de comprendre les causes réels du problème :

Les médecins ne cherchent pas à comprendre les causes réelles du problème, ils donnent la médication avec deux yeux fermés. Écoute ça, à l'école, le TDAH, c'est épouvantable! C'est terrible! Ils ne comprennent pas que la médication prescrite perturbe l'enfant! Ils ne cherchent pas à résoudre les problèmes relationnels qui dérangent l'enfant. Ils ne veulent pas savoir que la médication érase l'enfant! (H)

Mon médecin voulait me médicamenter, euh c'est facile ici prescrire des médicaments, sans chercher la cause du problème, sans soutien psychologique, sans intervention, comme s'il n'y a pas d'autres solutions. Tu sais, ils médicamentent facilement, rapidement, ce n'est pas ça qu'on veut. Je ne vois pas non plus l'utilité de la médication dans mon cas. (I)

Un soutien psychothérapique adéquat permet de réparer les défaillances de la personne et d'atteindre le soulagement, contrairement aux psychotropes pouvant engendrer une dépendance :

Je ne veux pas être dépendante aux médicaments, je ne veux pas de médicaments, je ne suis pas médecin, mais je fais de la recherche sur Internet, l'effet indésirable et nocif des médicaments sur la santé est très connu. Honnêtement, la vente des médicaments, c'est pour faire des profits, ils produisent les médicaments sans preuve, je ne veux pas être un rat. (K)

L'intervention de ma psychologue est importante pour moi. Ça m'aide ici à reprendre la confiance en moi, à contrôler mon anxiété. Ma psy est très humaine, chaleureuse, elle crée la relation et me permet de parler de mes peurs, de mon anxiété. Elle essaie de comprendre mon expérience et m'aide énormément à découvrir mes forces. Je me sens soulagée par son soutien. Je la trouve vraiment très humaine et je lui fais confiance. Un lien de confiance entre moi et elle s'est construit, la parole avec elle règle mes problèmes. (K)

La psychothérapie offre un lieu d'écoute et de soutien privilégié où l'on voit naître son « vrai vécu, sa vraie souffrance ». Les patients privilégient de s'engager dans un travail fécond sur eux-mêmes, en les invitant à exprimer leurs émotions, à parler le plus spontanément possible de leur vécu traumatique, de leur histoire unique, de ce qui les amènent à venir consulter :

Avant, j'avais des émotions difficiles, des accumulations. La psychologue m'a fait comprendre que mon expérience est difficile mais constructive. Elle m'a permis d'atteindre un bon résultat, j'ai retrouvé mon équilibre, je ne peux pas demander plus. La psychologue te fait parler, t'écoute, te soutient. Son aide est

précieuse. Personnellement, je préfère la relation qui se tricote et parler parce que plusieurs ont eu beaucoup de médicaments sans guérison et ont développé en plus une dépendance aux médicaments. (A)

L'intervention psychothérapeutique constitue un élément indispensable au soulagement du patient, un outil central permettant le déclenchement de ce processus de réparation, d'aide et de protection selon cette famille. La psychothérapie annule le mal-être du patient et du couple grâce au savoir, au savoir-être et au savoir-faire de la psychothérapeute :

Dans cet organisme, les soins sont très bons! J'aime les valeurs humaines de la psychothérapeute, elle est compétente, elle communique bien, c'est excellent!

J'en demande pas plus! Elle écoute, et m'aide à mieux penser et mieux résoudre mes problèmes. Le service est tout simplement humain. Ça m'aide beaucoup, ça me soulage, j'exprime en sécurité mes pensées noires, euh sombres sans être jugé, je peux mettre tout à table et suivre le processus pour trouver des solutions avec la psy. Elle s'adapte à mes besoins, elle m'écoute. Ça me soulage. (H)

Je vois une amélioration de mon mari suite aux interventions de la psychologue : moins de colère et il communique mieux. C'est bénéfique! Je vois des petits changements. (I)

En situation de crise, l'accueil professionnel chaleureux et l'écoute active permet à la personne en difficulté d'avoir un contrôle actif sur sa situation. Une approche conciliable aux croyances du patient en le soutenant avec bienveillance est efficace :

Ma psychologue m'écoutait. Avec elle je pouvais m'exprimer en toute sécurité. Ici dans cet organisme, elles écoutent le monde, elles sont très professionnelles, la thérapeute m'a énormément aidé, elle me conseillait pour réorganiser ma vie, me guidait et j'ai réussi à retrouver l'équilibre. C'est très apprécié ce que cet organisme a fait pour moi! Ma psy est chaleureuse, ouverte à certaines expériences; elle est attentive, compréhensive, ce qui m'a permis de reprendre le contrôle sur ma vie et de dépasser ma crise. (L)

Langue maternelle

La langue ne représente pas seulement un simple outil permettant d'émettre des messages et d'en recevoir. La langue notamment maternelle est fondamentale afin d'entrer en contact avec les affects les plus profonds et les plus intimes et de s'exprimer confortablement. De plus, lorsque le psychothérapeute est chaleureux, humain, empathique et ne juge pas son patient, l'état psychologique de ce dernier s'améliore progressivement :

Ma nouvelle psychologue parle l'espagnol, c'est un plus! Tu vois, je suis confortable avec quelqu'un avec qui je parle ma langue pour entrer en contact avec mes émotions et, comment dire, communiquer correctement ce que j'ai à dire, pour vider ma tête. (E)

C'est difficile de m'exprimer dans une autre langue. En parlant ma langue maternelle, je pourrai parler de mes pensées de manière immédiate et précise.

La langue maternelle est importante pour certaines personnes et c'est ça qui m'a attiré au début, un centre bien construit par des immigrants pour aider les immigrants. Le français québécois, je ne sais pas, il ne me permet pas de transmettre mon histoire, mes pensées. Je ne sais pas, j'aime être avec une thérapeute qui parle ma propre langue. Les québécois vont juger que je suis simplement une immigrante choquée. Le québécois va me juger, moi j'ai besoin d'un psy qui ne me juge pas, qui comprend le chemin fait pour être ici. Ma psy est professionnelle et humaine, avec elle, j'avance oui mais pas guérie. Elle m'aide beaucoup, je me sens aidée. Le service est accueillant et chaleureux. (E)

La parole forme un contenant familier, rassurant et apaisant, intimement associé aux expériences les plus chargées en affects. Sans parole thérapeutique, des deuils des affects négatifs ne seront pas faits. La parole avec ses saveurs et ses couleurs offre cette possibilité d'ouverture et de dépassement. Elle permet d'élargir l'espace psychique et de transmettre le sens du vécu tout en renouvelant les paroles de manière plus précise. L'usage de la langue maternelle renvoie à la plénitude et à l'épanouissement. Elle

permet d'extérioriser les croyances personnelles, les affects et les émotions les plus intimes, ainsi que les combinaisons selon des codifications personnelles :

Si l'immigrant ne peut pas s'exprimer en français de façon correcte, il doit utiliser sa propre langue parce que la parole est nécessaire en thérapie. La parole, au moment de la crise, permet d'entrer directement et suffisamment en contact avec soi-même, d'exprimer nos émotions intimes, nos sentiments profonds, d'être confortable. Comment donner le bon adjectif, la bonne couleur à certaines émotions, à certaines souffrances, à certains vécus, à certaines pensées et à certains comportements sans parole, sans parler sa propre langue? Pour moi, la parole est importante. (M)

On a besoin vraiment de parler de ce qui se passe dans la tête. Ce qui m'agace, c'est ne pas pouvoir exprimer ce que je porte à l'intérieur de moi. Je veux prendre mon temps, être écouté. C'est vraiment aidant en tout cas pour moi parler ma langue! Ben, ne pas parler peut empirer les choses. (N)

La psychothérapeute parlant la langue maternelle de ses clients leur permet, par son professionnalisme et humanisme, de verbaliser leurs difficultés de manière authentique, de poser un regard différent sur leur vécu et de réduire leur souffrance psychologique :

C'est facile aussi pour communiquer surtout qu'elle parle l'espagnole, ma langue maternelle. Le service en espagnol me permet de parler authentiquement, de dire ce que je veux, ce que je ressens et ce que je vis. Je peux tout exprimer librement, ça va très bien, ça me libère. Le plus important pour moi, c'est la parole, le professionnalisme et l'humanisme de la psy. (C)

Discussion

Cette étude qualitative a permis d'examiner le point de vue des immigrants vivant à Montréal à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale. La discussion soulignera en premier lieu les résultats pertinents à la vérification de l'obtention des réponses aux questions de la présente recherche. Ensuite, les forces et les limites de l'étude seront exposées.

En ce qui concerne la première question, nos résultats confirment que l'accès aux soins psychologiques à Montréal est problématique. Pour notre groupe d'étude ayant reçu des soins psychologiques au sein d'un organisme communautaire montréalais, les liens avec des services de première ligne n'ont pas clairement facilité le processus d'accès aux soins de santé mentale. Les structures publiques et communautaires spécialisées dans le traitement des troubles mentaux ont généralement une capacité limitée à fournir des services de psychologie. Les interactions avec celles-ci sont mal vécues et décrites comme ne répondant pas aux besoins spécifiques des usagers (Lebrun, 2010) même s'ils présentaient des symptômes laissant soupçonner la présence d'un trouble mental. Globalement, nos résultats rappellent que l'accessibilité des services de psychologie pour les immigrants est encore un véritable défi et pose des problèmes importants (Dhaliwal-Rai, 2002). Plusieurs études occidentales ayant abordé la question du recours aux soins de santé mentale en contexte migratoire confirment ce résultat (Brown et al., 2011; Dutt & Kit, 2014; Kirmayer et al., 2007).

Quant à la deuxième question de recherche, les résultats confirment que les préoccupations les plus fréquemment exprimées par tous les participants concernent le temps que l'individu en souffrance se voit obligé d'attendre avant d'accéder aux services de psychologie. Le temps écoulé entre l'apparition d'un problème psychologique et la consultation auprès d'un psychologue est très long. Après une attente de plusieurs mois, aucun participant n'a réussi à rencontrer un psychologue en public. De plus, les participants ont attendu plusieurs mois supplémentaires avant d'accéder aux services

offerts par l'organisme communautaire. Ainsi, les contraintes organisationnelles (p. ex., les délais pour obtenir un rendez-vous, les attentes interminables) rendent le recours aux structures de santé mentale peu attrayant (Guruge, Thomson, & Seifi, 2015; Nadeem et al., 2007). L'urgence des demandes liée à des changements brusques de l'état psychologique ou à une détresse émotionnelle associée à un problème interpersonnel inattendu, etc. n'est pas compatible, selon les participants, avec le temps de réaction de ces organisations.

Nos résultats montrent que la période du premier contact avec le système de santé se fait de façon générale dans un état de grande détresse psychologique. Mais ce temps d'attente peut, selon certains participants, occasionner une dégradation de l'état psychologique de la personne, la désorganisation psychologique, le suicide ou le recours à l'alcool afin de soulager la souffrance. Tous les participants rapportent avoir eu le sentiment d'avoir tourné en rond avant d'accéder aux services psychologiques offerts par un organisme communautaire. La plainte principale formulée par ces personnes est donc le long temps d'attente.

Parmi les répercussions identifiées directement ou indirectement de ce temps d'attente sur le plan personnel des participants, on retrouve des difficultés de couple, l'émergence du choc culturel et de certaines émotions de colère vis-à-vis du système de santé, de découragement et de déception. Certains font appel à un service privé de psychologie très cher. Pour certains participants, la consultation de leurs amis sur

Internet ou les membres de leur entourage constitue une stratégie qui a été utilisée pour chercher des solutions alternatives à leurs difficultés.

Par ailleurs, il importe de reconnaître que la nécessité d'attendre pour accéder aux soins de psychologie ne touche pas seulement les immigrants. Elle touche les Québécois de souche également (Fansi & Jehanno, 2015; Levine et al., 2015; Ordre des psychologues du Québec, 2010). De plus, elle ne constitue pas un phénomène nouveau et ne se limite pas au Québec. L'accès aux soins en temps opportun s'encadre dans la problématique plus globale des ressources en santé mentale limitées (Gaborean, Negura, & Moreau, 2018) qui seront vraisemblablement toujours présentes dans une certaine mesure. Il est possible de prédire avec assurance qu'il existera toujours un écart entre la demande pour les services de soins de santé et les ressources disponibles pour les fournir. La demande n'étant pas constante, l'élimination complète de l'écart risquerait d'entraîner une capacité excédentaire, ce qui mènerait à une piètre gestion des précieuses ressources en soins de santé.

En outre, les participants désapprouvent le recours aux psychiatres pour traiter leurs difficultés psychologiques. Plusieurs appréhensions relatives à la psychiatrie ont été exprimées. Parmi les craintes majeures figure la réticence à prendre rendez-vous avec le psychiatre en raison d'un refus d'utiliser la médication psychiatrique. Les participants expliquent que l'inconvénient majeur serait une médicalisation d'une difficulté qui peut être résolue par des interventions psychologiques. De plus, compte tenu des risques de

dépendance associés à la prise de médicaments, cette clientèle tend à sous-estimer la valeur de la pharmacothérapie. Cette crainte incite ces usagers à refuser la consultation d'un psychiatre. Du point de vue des participants, les difficultés apparaissent dans un contexte psychosocial et ne peuvent pas se réduire aux symptômes dits psychiatriques (Corin, Rodriguez, & Guay, 1996). Lorsque les participants consultent un psychiatre, leurs difficultés se trouvent interprétées à partir de l'approche biomédicale nécessitant la prescription des médicaments. Les participants ne voient pas donc de relation causale qui autorise au médecin de prescrire des médicaments pour traiter des difficultés dont les causes sont d'ordre psychosocial ou psychologique (Bergeron, 2005).

Cet évitement de la médication psychiatrique peut partiellement s'expliquer par la méfiance que certains immigrants développent à l'égard de la psychiatrie (Guruge et al., 2015; Sunderland & Findlay, 2013). Il renvoie également au fait que les services existants comblent difficilement les besoins culturels et spécifiques des immigrants (Gervais & Robichaud, 2009). De façon générale, ces résultats sont cohérents avec les conclusions de l'enquête du Commonwealth Fund (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014) qui montre que l'expérience de soins rapportée par les Québécois est souvent moins bonne que celle des autres provinces canadiennes, et notamment par rapport aux autres pays occidentaux.

En ce qui concerne la troisième question de la présente recherche, les résultats font ressortir le rôle central de la parole en intervention. Les participants ont souligné leur

confort à l'égard de l'approche psychologique. Le confort était associé aux compétences relationnelles et professionnelles des psychologues consultés. Ces compétences constituent la base fondamentale qui a permis aux participants de recevoir une intervention efficace et de qualité. Selon les résultats de la présente recherche, l'espace psychothérapeutique offre la possibilité de partager les émotions et les affects et d'atteindre le soulagement. Un espace de parole est donc primordial pour ces individus qui ont besoin de partager leurs problèmes émotionnels, un espace où il y aurait de la place pour une parole et un récit authentiques, pour un lien social curatif et humain et une écoute active. La psychothérapie réunit donc des conditions favorables qui permettaient aux participants de s'exprimer librement, d'être soulagés et de se sentir soutenus, notamment lorsque le clinicien a fait appel à la langue du client.

Selon les résultats de la présente étude, la langue maternelle pour certains immigrants permet d'entrer en contact avec soi-même et de qualifier leur vécu. De plus, elle facilite l'expression confortable des émotions, le contact authentique avec les affects, ainsi que la transmission fidèle et immédiate du vécu. Certes, l'importance de la psychothérapie en langue maternelle n'est plus à démontrer aujourd'hui. En effet, « Pouvoir s'exprimer dans sa *langue maternelle* permet de mobiliser des souvenirs, des représentations et un univers de sens qui ont été encodés dans la langue d'origine [...] favorise également le pouvoir d'évocation, les réminiscences et le travail associatif au cours de la psychothérapie » (Sironi, 2007, p. 88).

L'utilisation de la langue maternelle en intervention est sans doute vitale pour certains participants, mais quand le clinicien ne parle pas la langue du patient, l'implication d'un interprète semble nécessaire. Mais cette implication ne se fait pas sans difficulté. Dans certains cas, faire appel aux services d'un interprète qui provient de la même communauté culturelle du patient est difficile en intervention (Désy, Bastien, & Battaglini, 2007). Lorsque l'interprète est présent, des interprétations divergentes créent une distance culturelle entre les acteurs impliqués en intervention. Aussi, certains immigrants évitent, pour des raisons de sécurité ou de confidentialité lorsqu'ils sont issus d'un même pays d'origine, d'avoir recours à un compatriote qui assure le rôle d'interprète. De plus, l'anonymat et la pudeur peuvent expliquer le refus de recourir aux services d'un interprète; ces dimensions sont importantes pour les immigrants.

Certains résultats de la présente recherche ne corroborent pas certaines études antérieures (Fenta et al., 2006; Frey & Roysircar, 2006; Kirmayer et al., 2007). D'une part, les participants ont tendance à chercher les services psychologiques en contexte migratoire malgré la différence culturelle et linguistique. L'usage du français en psychothérapie n'est pas non plus une barrière aux soins. Ce qui est vital pour les participants parlant le français, lors de la crise, c'est de pouvoir entrer en contact rapidement avec un psychologue pour soulager la souffrance. Nos participants n'évitent donc pas les milieux de soins en raison des facteurs linguistiques ou culturels lorsque leur état mental est affecté. D'autre part, contrairement aux recherches antérieures (Boghosian, 2011; Donnelly et al., 2011; Dutt & Kit, 2014; Li & Browne, 2009;

Loewenthal et al., 2012; Pavlish, Noor, & Brandt, 2010), le recours des psychologues consultés aux techniques de psychologie conventionnelle soulage les participants et ne constitue pas en soi un obstacle aux soins. Les personnes interrogées sont donc ouvertes à la question du recours aux services du psychologue. En d'autres termes, les postulats culturels de la psychologie nord-américaine ne compromettent pas les chances de ces participants d'obtenir un traitement psychologique pour leurs problèmes émotionnels contrairement aux données de l'étude réalisée par Abe-Kim, Gong et Takeuchi (2004).

Si la recherche de Nippoda (2003) montre que certains immigrants optent pour la médication pour traiter les troubles émotionnels, nos résultats indiquent que notre échantillon désapprouve le recours aux psychiatres. Comment peut-on alors expliquer cette différence? Nous pensons, d'une part, que certaines approches étiologiques ethnoculturelles qui expliquent les facteurs causaux des problèmes émotionnels peuvent amener nos participants à sous-estimer l'usage des soins pharmacologiques, notamment s'ils perçoivent les troubles émotionnels comme une condition causée par des facteurs contextuels, interpersonnels, familiaux, économiques et sociaux (Cabassa, Lester, & Zayas, 2007) nécessitant une intervention psychologique ou sociale. Dans cette perspective, les problèmes auront alors des causes non organiques. Ce résultat a été confirmé entre autres par Fang (2010) qui a permis de conclure que certains immigrants asiatiques sous-utilisent les services spécialisés pour leurs problèmes de santé mentale à cause de l'incompatibilité des conceptions concernant la cause des troubles la santé mentale et de leur traitement. Cette différence s'explique aussi par le fait que certains

immigrants cherchent de l'aide psychiatrique uniquement pour des comportements psychotiques, dangereux ou perturbateurs, mais pas pour d'autres problèmes de santé mentale (Leong & Lau, 2001). D'autre part, dans plusieurs sociétés collectivistes, le lien social et la parole ont une valeur psychologique et sociale importante, puisqu'ils renforcent les liens du groupe, les valeurs centrées sur l'interdépendance, ainsi que l'harmonie collective. En psychothérapie, la parole, le lien social et la chaleur humaine sont alors recherchés (Adames, Chavez-Dueñas, Fuentes, Salas, & Perez-Chavez, 2014).

Par ailleurs, la dyade thérapeute-patient n'est pas également une barrière aux soins malgré le fait que les participants sont porteurs d'une culture collectiviste qui valorise le groupe et la famille. L'implication de la famille en psychothérapie n'est pas une condition nécessaire pour ces participants, ce qui montre que les besoins individuels sont aussi importants pour cette clientèle. Également, les attitudes des participants constituent une source de motivation et ne restreignent pas leur recours aux psychologues occidentaux afin d'aborder leurs problèmes émotionnels, contrairement aux résultats des études antérieures (Guruge et al., 2015; Nippoda, 2003; Smith, 2011; Thaler & Fujii, 2014; Timbo 2016). Nos participants partagent leurs difficultés avec les psychologues sans difficulté.

Les données recueillies confirment certaines informations tirées de la littérature (Carlos, 2016) : en effet, les participants évitent les cliniques privées offrant les soins de psychologie en raison de leur coût très élevé. De plus, le savoir-être des cliniciens est

central pour développer une alliance thérapeutique soutenant l'engagement des patients au traitement (Shujah, 2006). Être chaleureux, accueillant, empathique, sensible par rapport à la fragilité du patient, etc. constituent pour les participants la clef d'un bon thérapeute. En dernier lieu, les participants vivent de profondes frustrations en raison des délais (Guruge et al., 2015) et accordent une importance à la nécessité de gérer efficacement l'urgence psychologique, car les temps d'attente vont à l'encontre de leurs besoins.

Finalement, la présente étude contribue à l'élargissement des connaissances en abordant la perception des usagers immigrants à l'égard des soins de santé mentale, un thème non exploré en soi dans les écrits québécois. La principale force de cette recherche réside alors en son lieu de réalisation (le terrain québécois), contrairement à plusieurs recherches effectuées hors Québec; c'est ce qui a permis d'accéder à certains résultats qui divergent et de confirmer ou de nuancer d'autres. L'étude fournit aux cliniciens, aux chercheurs, aux formateurs cliniques et aux fournisseurs de soins un éclairage et des repères qui guideront la prise en charge des difficultés psychologiques des immigrants. Un autre avantage de l'étude renvoie à la méthode qualitative qui a permis de comprendre de plus près la richesse et le sens de l'expérience des participants. Cette étude présente néanmoins quelques limites. Étant donné le caractère qualitatif de la recherche, le nombre de participants semblaient suffisants; le désavantage principal de la recherche est associé au fait que les participants n'ont pas été recrutés aléatoirement. Par conséquent, le nombre retreint ($N = 6$ familles = 14 participants) n'est pas statiquement

représentatif de la population à l'étude et l'extrapolation à d'autres groupes d'immigrants ne peut être effectuée. Toutefois, la saturation des données a été atteinte. Elle est perceptible dans la répétition des informations récoltées (Pirès, 1997).

Conclusion

En conclusion, l'éclairage fourni par l'approche qualitative retenue dans cette étude a permis de conclure que l'accès des participants aux soins de psychologie à Montréal est problématique, en raison de la longue liste d'attente. De plus, les résultats indiquent que tous les participants désapprouvent le traitement psychiatrique et privilégident la psychothérapie en tant que pratique d'intervention pour faire face à leurs difficultés émotionnelles. Pour certains participants, la langue maternelle en intervention est la clef qui a permis l'expression profonde des émotions et des affects. La langue maternelle revêt donc pour ces participants une fonction réparatrice et curative. La présente étude a permis de connaître la vision des sujets interrogés afin de parvenir à un ajustement des services de psychologie et ainsi, favoriser l'émergence des solutions qui reflètent la cohérence entre les acteurs impliqués. Elle peut servir de guide pour les recherches futures. Dans ce sens, il nous apparaît important d'explorer, au Québec, la vision des immigrants à l'égard du traitement psychologique et du traitement psychiatrique au cours de futures études qualitatives et quantitatives. Pour améliorer le recours aux soins de santé mentale en contexte d'immigration, il est primordial aussi de réduire les temps d'attente, de financer les organismes communautaires offrant des services de psychologie et de sensibiliser les cliniciens à la vitalité de la psychothérapie et des

interventions qui s'y apparentent pour diminuer les difficultés de certains immigrants. Les futures études pourraient aider à déterminer si nos résultats s'appliquent ou non à d'autres groupes d'immigrants au Québec (Lebrun, 2010).

Références

- Abe-Kim, J., Gong, F., & Takeuchi, D. (2004). Religiosity, spirituality, and help-seeking among Filipino Americans: Religious clergy or mental health professionals?. *Journal of Community Psychology, 32*(6), 675-689.
- Adames, H. Y., Chavez-Dueñas, N. Y., Fuentes, M. A., Salas, S. P., & Perez-Chavez, J. G. (2014). Integration of Latino/a cultural values into palliative health care: A culture centered model. *Palliative & Supportive Care, 12*(2), 149-157.
- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2012). Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. *Journal of Transcultural Nursing, 23*(3), 287-296.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives, 28*(1), 133-148.
- Ben-Cheikh, I., & Rousseau, C. (2013a). 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.
- Ben-Cheikh, I., & Rousseau, C. (2013b). Autisme chez des enfants d'immigration récente : modèles explicatifs de familles originaires du Maghreb. *L'Autre, 14*(2), 213-222.
- Bergeron, D. (2005). Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. Pour une psychiatrie clinique éthique. *Où va la psychiatrie, 30*(1), 197-214.
- Boghosian, S. (2011). *Counseling and psychotherapy with clients of Middle Eastern descent: A qualitative inquiry* (Thèse de doctorat inédite). Logan, UT: Utah State University.
- Brown, J. S., Casey, S. J., Bishop, A. J., Prytys, M., Whittinger, N., & Weinman, J. (2011). How black African and white British women perceive depression and help-seeking: A pilot vignette study. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(4), 362-374.
- Burgoyné, V. (2014). *L'alliance thérapeutique en psychothérapie interculturelle, telle que relatée par des psychologues québécois* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Cabassa, L. J., Lester, R., & Zayas, L. H. (2007). "It's like being in a labyrinth:" Hispanic immigrants' perceptions of depression and attitudes toward treatments. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*(1), 1-16.

- Cader, N. H. (2017). *Exploring experiences of mental health in second generation South Asian Canadians* [en ligne]. Repéré à https://ir.library.dcu-uoit.ca/bitstream/10155/812/1/Cader_Nurul_Hinaya.pdf
- Carlos, J. K. (2016). *Canada's (Live-in) caregiver program: Perceived impacts on health and access to health care among immigrant filipina live-in caregivers in the greater Toronto area*, Ontario, Canada (Thèse de doctorat inédite). University of Toronto, Toronto, ON.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2014). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013* [en ligne]. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE_Rapport_Commonwealth_Fund_2013.pdf
- Corin, E., Rodriguez, L. et Guay, L. (1996). Les figures de l'aliénation : un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, XV(2), 45-67.
- Dépelteau, F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Dépelteau, F. (2019). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- de Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., & Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 281-299.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal, QC : McGraw-Hill.
- Désy, M., Bastien, R., & Battaglini, A. (2007). *Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille* [en ligne]. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs47890>
- Dhaliwal-Rai, K. (2002). *Perspectives on mental wellness/health of Punjabi Sikh immigrants in the city of Surrey* (Thèse de doctorat inédite). The University of British Columbia, Colombie-Britannique, Canada.

- Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & Clinton, M. (2011). If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 279-290.
- Dutt, A. S., & Kit, P. L. (2014). Cross-cultural considerations with Asian Indian American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler, & B. D. Leany (Éds), *Guide to psychological assessment with Asians* (pp. 61-74). New York, NY: Springer.
- Fang, L. (2010). *Perspective socioculturelle de l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants chinois* [en ligne]. Repéré à http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/svs/fichiers/acsw10special_f.pdf
- Fansi, A., & Jehanno, C. (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux* [en ligne]. Québec, QC : INESSS. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletII_modalites_conditions_acces.pdf
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 925-934.
- Frey, L. L., & Roysircar, G. (2006). South Asian and East Asian international students' perceived prejudice, acculturation, and frequency of help resource utilization. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 34(4), 208-222.
- Gaborean, F., Negura, L., & Moreau, N. (2018). Les enjeux intersectionnels de la demande de services de santé mentale au Canada : la situation des jeunes femmes dépressives francophones. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 35(1), 27-44.
- Gervais, C., & Robichaud, F. (2009). Intervenir auprès des familles immigrantes : un partage des réalités observées par les intervenants. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 5-10.
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Guruge, S., Thomson, M. S., & Seifi, S. G. (2015). Mental health and service issues faced by older immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 34(4), 431-444.

- Hassan, G., & Rousseau, C. (2007). La protection des enfants : enjeux de l'intervention en contexte interculturel. *Bulletin de la recherche interculturelle*, 45, 37-50.
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J. C., & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295-304.
- Lebrun, L. A. (2010). Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Canadian Ethnic Studies*, 41(3), 247-260.
- Leong, F. T., & Lau, A. S. (2001). Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans. *Mental Health Services Research*, 3(4), 201-214.
- Levine, D., Sheehan, M., Upshall, P., Hayes, M., Cohen, K., Briffault, X., ... Dezetter, A. (2015). Les conclusions de la table ronde. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 229-241.
- Li, H. Z., & Browne, A. J. (2009). Defining mental illness and accessing mental health services: Perspectives of Asian Canadians. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(1), 143-159.
- Loewenthal, D., Mohamed, A., Mukhopadhyay, S., Ganesh, K., & Thomas, R. (2012). Reducing the barriers to accessing psychological therapies for Bengali, Urdu, Tamil and Somali communities in the UK: Some implications for training, policy and practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(1), 43-66.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1999). *Marshall, Catherine, and Gretchen B. Rossman. Designing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Nadeem, E., Lange, J. M., Edge, D., Fongwa, M., Belin, T., & Miranda, J. (2007). Does stigma keep poor young immigrant and US-born black and Latina women from seeking mental health care?. *Psychiatric Services*, 58(12), 1547-1554.
- Nippoda, Y. (2003). Establishing mental health services for the Japanese community in the United Kingdom. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 25(2-3), 169-180.

- Ordre des psychologues du Québec. (2010). *L'implantation du plan d'action en santé mentale 2005-2010* [en ligne]. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Document+présenté+par+l%27Ordre+lors+de+la+consultation+sur+l%27implantation+du+plan+d%27action+en+santé+mentale+2005-2010/2bee2f52-d363-4489-82d4-5f1262168c88>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2), 353-361.
- Pirès, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologique* (pp. 113 à 167). Montréal, QC : Gaëtan Morin éditeur.
- Poisson, Y. (1991). *La recherche qualitative en éducation*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Royer, C. (2013). Les méthodes qualitatives dans les manuels de méthodologie de la recherche en loisir : un survol de leur cheminement. *Recherches qualitatives*, 32(1), 7-25.
- Shujah, A. (2006). *Examining psychotherapists' perspectives toward their work with Canadian Muslim clients: Listening to the listeners* (Thèse de doctorat inédite). Université de Regina, Regina, Saskatchewan.
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives*. Paris, France : Odile Jacob.
- Smith, J. (2011). *Removing barriers to therapy with Muslim-Arab-American clients*. Nouvelle-Angleterre: Antioch University.
- Spencer, M. S., & Chen, J. (2004). Effect of discrimination on mental health service utilization among Chinese Americans. *American Journal of Public Health*, 94(5), 809-814.
- St-Onge, M., & Lavoie, F. (2009). Impact de la présence d'une personne atteinte de troubles mentaux chroniques sur les parents membres d'un groupe d'entraide et analyse de leurs stratégies d'adaptation : étude descriptive. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(2), 51-63.

- Sunderland, A., & Findlay, L. (2013). Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (2012). Ottawa, ON : Statistique Canada.
- Thaler, N. S., & Fujii, D. E. (2014). Cross-cultural considerations with Japanese American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler, & B. D. Leany (Éds), *Guide to psychological assessment with Asians* (pp. 27-42). New York, NY: Springer.
- Timbo, D. M. (2016). *African American clients' perceptions of therapists' multicultural counseling competencies* (Thèse de doctorat inédite). Oakland, CA: Carlow University.
- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives*, (5), 38-45.
- Tucker, C. M., Herman, K. C., Pedersen, T. R., Higley, B., Montrichard, M., & Ivery, P. (2003). Cultural sensitivity in physician-patient relationships perspectives of an ethnically diverse sample of low-income primary care patients. *Medical Care*, 41(7), 859-870.
- Valéau, P., & Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76-100.
- van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal/De Boeck Université.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Discussion générale

Dans cette partie de la thèse, nous allons tout d'abord montrer que nous avons apporté une contribution originale et utile à la connaissance sur la perception des immigrants à l'égard des soins de santé mentale offerts à Montréal. L'interprétation des résultats de l'étude sera présentée, et ce, en confirmant et dégageant des particularités par rapport aux études antérieures. Nous allons montrer que la présente thèse apporte des éléments intéressants pour faciliter l'accès des immigrants aux soins de santé mentale. Enfin, les forces et les limites de l'étude, ainsi que quelques recommandations seront exposées. Il est important de rappeler que la recension des écrits de cette thèse a permis de présenter une synthèse des barrières auxquelles les immigrants sont confrontés lorsqu'ils sentent la nécessité d'une aide professionnelle pour faire face aux difficultés psychologiques; et des obstacles et défis supplémentaires rencontrés lorsqu'ils accèdent aux soins. Cette vue d'ensemble a permis de mettre en évidence qu'aucune recherche ne s'est intéressée, de manière directe, à l'étude de l'accès aux soins de santé mentale au Québec selon le point de vue des immigrants. Étant donné que certains immigrants sont affectés par les troubles psychologiques, et que les symptômes de ces troubles peuvent les perturber profondément, recueillir leurs perceptions à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire est pertinent.

Leurs perceptions doivent prendre de plus en plus d'importance dans les soins, car on s'interroge sur leur satisfaction afin d'améliorer la qualité des services et d'adapter les pratiques cliniques. Bien qu'elle soit exploratoire, la recherche décrite dans la présente thèse apporte une vision riche et dynamique, ainsi qu'une contribution majeure au développement des connaissances sur la perception des immigrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale offerts à Montréal. Dans ce sens, les résultats de la présente thèse mettent en évidence plusieurs éléments.

Longue liste d'attente

Les résultats montrent que l'accès des participants aux soins psychologiques était problématique, en raison d'une longue liste d'attente dans les services publics et communautaires. Lors des démarches faites pour accéder à ces services, les participants ont sans contredit rencontré cet obstacle. La longueur des démarches encourues est un thème récurrent chez tous les participants. L'écart entre le temps d'attente prévu et le temps d'attente vécu est considéré comme inattendu et difficile à supporter, notamment dans un contexte d'urgence.

Les résultats indiquent alors que l'accès à la travailleuse sociale au centre local de services communautaires (CLSC) n'a pas diminué la souffrance des participants et n'avait aucun effet positif sur leur accès aux soins de psychologie.

Les expériences des participants interviewés dans cette étude démontrent le potentiel d'expériences fortement négatives. Parmi les répercussions identifiées de cet état sur le plan personnel, on retrouve l'émergence du choc culturel et des émotions de colère et de découragement qui perdurent. Cet aspect émotionnel de l'expérience des participants façonnent puissamment encore leur façon d'interagir avec les services de santé mentale à Montréal. Précisément, il entraîne un sentiment profond de déception chez tous les participants. En effet, l'accumulation des déceptions dans le parcours de recherche de soins a exercé un impact négatif sur la confiance des participants dans le système de santé, et ce, jusqu'à induire une dynamique d'échec. Certains immigrants expriment de la colère vis-à-vis du système de santé. Tel qu'exposé plus haut, la longue liste d'attente leur a fait sentir qu'ils n'avaient pas de valeur en tant que personnes en souffrance. L'impact sur eux de l'incapacité d'avoir accès facilement aux psychologues, en tant que professionnels qui correspondent à leur propre choix réfléchi, a été souligné par tous les participants.

Certains ajoutent que la déception génère la désorganisation psychologique, des répercussions sur la dynamique de leur couple, des idées suicidaires et le recours à l'alcool pour soulager les difficultés psychologiques. D'autres participants ont été obligés de consulter les membres de leur famille, ainsi que leurs amis habitant dans le pays d'origine à travers les médias sociaux ou avec des outils Internet.

La perception des participants apporte alors une compréhension précise de la complexité de l'accès aux soins psychologiques offerts à Montréal. Le discours de ceux-ci sur leur parcours de recherche de services de santé mentale confirme la lourdeur de la longue liste d'attente. On peut conclure que les préoccupations les plus fréquemment exprimées traitent du temps que l'individu en souffrance se voit obligé d'attendre avant d'accéder aux services de psychologie. Le découragement face au cumul des démarches conduisant aux difficultés d'accès aux soins désirés crée une détresse psychologique supplémentaire et une charge de stress qui peut empêcher d'autres immigrants d'amorcer le processus de recherche de soins de santé mentale.

Ce résultat va dans le sens des conclusions de certaines recherches (Bauer, Chen, & Alegría, 2010; Bridges, Andrews, & Deen, 2012). La longue liste d'attente a une influence sur la perception que les participants ont du système de santé au Québec et elle est à la base de beaucoup de frustrations qu'ils ont ressenties; elle suscite une panoplie d'émotions négatives chez les participants, allant de l'insatisfaction à la colère. Plusieurs études ont souligné l'impact de ce facteur en contexte migratoire (Bauer et al., 2010; Bridges et al., 2012; Cabassa, 2007; Cabassa & Zayas, 2007; Chung, 2010; Hansen & Aranda, 2012; Wu et al., 2009). Certes, la perception des participants est influencée par les particularités du système de santé du Québec, mais aussi par les expériences de soutien social avant et durant la recherche de soins, ainsi que par les stress quotidiens et la surcharge du stress lié à l'acculturation et aux expériences de pré-migration avec les systèmes de services de santé mentale dans les pays d'origine (Derr, 2015). La prise en

compte de ces variables qui marquent la trajectoire migratoire des participants peut expliquer les réactions et les perceptions des participants à la présente étude.

Si les résultats de la présente étude montrent que, dans l'ensemble, les participants évaluent défavorablement leur expérience de recherche de soins de santé mentale, il convient de préciser que leur perception négative concerne une zone géographique urbaine (Montréal) qui se caractérise par la densité de sa population, comparativement aux territoires ruraux (Pineault et al., 2008). Même s'il est difficile de différencier la perception des participants de leur expérience réelle, les opinions négatives vis-à-vis du système de santé en contexte migratoire peuvent avoir aussi un lien avec les effets indésirables d'une expérience postmigratoire problématique (Cortes, Mulvaney-Day, Fortuna, Reinfeld, & Alegría, 2009).

Également, la méconnaissance du système de soins de santé mentale par les intervenants et les patients peut expliquer certains délais. Dans ce cas, il s'avère nécessaire de fournir aux immigrants des informations claires et précises et de les diriger vers des ressources utiles pour améliorer leur accès aux services de soins. Des sites Internet qui utilisent un langage accessible et favorable et qui fournissent des informations claires et concises sur les symptômes et les options de traitement public, communautaire, transculturel et ethnoculturel auront un effet bénéfique aussi (Lara-Cinisomo, Clark, & Wood, 2018). Les interventions qui s'apparentent à la psychothérapie peuvent répondre aux besoins de cette clientèle (verbalisation). La liste

de ces interventions contient entre autres la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'intervention de crise, le suivi clinique, etc. (Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2018). Ces interventions sont pratiquées par plusieurs professionnels de la santé mentale au Québec (OPQ, 2018). Référer cette clientèle aux intervenants psychosociaux en précisant leur besoin de verbaliser leurs difficultés peut réduire les temps d'attente. De plus, les praticiens doivent être formés pour avoir des conversations objectives avec les patients en ce qui concerne les risques et les bénéfices des psychotropes, ainsi que l'efficacité de différentes formes d'interventions alternatives disponibles pour réduire les temps d'attente (Lara-Cinisomo et al., 2018).

L'importance de la psychothérapie

Les données qualitatives recueillies des entrevues suggèrent que la psychothérapie est acceptable comme mode de traitement. La psychothérapie favorise la parole, le soulagement et le lien social entre les participants et les psychothérapeutes. De plus, elle semble leur permettre d'acquérir une connaissance plus approfondie de leurs difficultés. Elle semble aussi avoir des effets bénéfiques sur leur satisfaction des services psychologiques reçus (liquidation des émotions, épanouissement, utilisation de la langue maternelle, etc.). Les participants ont apprécié l'accès aux services psychologiques, car ils accordent de l'importance au temps, à l'écoute, au lien social et à l'échange. D'autres facteurs bénéfiques de la psychothérapie se retrouvent dans les résultats de la présente recherche tels que la socialisation, le partage du vécu, la compréhension du contexte du

problème, l'espace interactionnel chaleureux et de coréflexion, la mobilisation des ressources internes, l'actualisation de soi, etc.

Les participants prenaient plaisir aux séances de psychothérapie et l'interaction patient-psychologue était agréable. De plus, la psychothérapie a été considérée la source principale de leur soulagement. Ainsi, l'aspect psychologique en intervention semble contribuer à l'amélioration de l'état de santé mentale des participants. La psychothérapie semble alors procurer aux participants un sentiment d'apaisement, ce qui indique une réduction des difficultés associées d'une part aux troubles émotionnels dont ils sont atteints et d'autre part aux effets de la longue liste d'attente. Le lien social pourrait également contribuer à une augmentation de leur sentiment de confiance face à la psychothérapie. Une recherche antérieure confirme que certains immigrants ont fait état d'une perception positive de la psychothérapie d'orientation cognitive-comportementale (Kaltman, Hurtado de Mendoza, Serrano, & Gonzales, 2016); de plus, ils ont évalué positivement le partage de leur vécu et les composantes du traitement.

Malgré certaines différences ethnoculturelles caractérisant les participants à notre recherche, quelques valeurs culturelles communes (interactions interpersonnelles chaleureuses) qui prévalent dans leurs cultures sont pertinentes pour les interventions psychologiques visant à améliorer leur état de santé mentale (Adames, Chavez-Dueñas, Fuentes, Salas, & Perez-Chavez, 2014; Mezzich, Ruiz, & Muñoz, 1999; Simoni & Perez, 1995). Étant donné que le soutien interpersonnel peut diminuer l'impact des

difficultés psychologiques sur la santé mentale (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Charuvastra & Cloitre, 2008), la prise en compte de cette composante dans les interventions cliniques en contexte migratoire est nécessaire, notamment que certaines recherches suggèrent que les immigrants ont un soutien social limité et éprouvent des difficultés à développer de nouvelles relations de confiance et de soutien dans le pays hôte (Hurtado de Mendoza, Gonzales, Serrano, & Kaltman 2014; Menjívar, 2000), d'où l'importance accordée aux interventions psychologiques basées sur la valorisation de la parole et l'interaction patient-psychothérapeute, contrairement à l'interaction psychiatre-patient.

De plus, l'approche psychologique permet de comprendre et de contextualiser les difficultés des patients, ainsi que leurs comportements de recherche d'aide. Plusieurs immigrants sont exposés à une myriade d'expériences traumatisantes (Kaltman, Hurtado de Mendoza, Gonzales, Serrano, & Guarnaccia, 2011), à la solitude et à l'isolement (Hurtado de Mendoza et al., 2014). Ces raisons justifient l'importance que les participants accordent à l'approche psychologique (Chavira et al., 2014; Kanter, Santiago-Rivera, Rusch, Busch, & West, 2010; Miranda et al., 2003; Twomey, O'Reilly, & Byrne, 2014).

À la lumière de ce qui précède, nous pouvons émettre l'hypothèse que le besoin de la psychothérapie reflète la réalité de plusieurs immigrants aux prises avec des difficultés psychologiques, associées au processus migratoire et qui condensent entre

autres des expériences différentes de choc culturel et de vulnérabilité affective et socioéconomique qui engendrent ce sentiment d'insatisfaction nécessitant la psychothérapie comme moyen de traitement (Nadeau & Measham, 2005).

Par ailleurs, selon les résultats de la présente étude, les participants désapprouvent le *recours aux psychiatres* pour traiter leurs difficultés psychologiques. Dans ce même ordre d'idées, la présente recherche indique que le moment du premier contact avec le système de soins se fait généralement dans un état d'urgence, de grande détresse et de souffrance parfois extrême nécessitant une intervention psychologique immédiate. Mais lorsque la personne est référée au psychiatre, son vécu se trouve interprété à partir d'un point de vue pharmacologique (Rodriguez del Barrio, Corin, Poirel, & Drolet, 2006). La médication, selon nos résultats, empêche la possibilité d'un travail sur soi habituellement perçu comme la source du changement personnel le plus profond. Elle restreint l'offre des approches alternatives (Rodriguez del Barrio et al., 2006).

La question qui se pose aussi est reliée aux décisions que ces participants prennent face aux prescriptions qui leur seront délivrées. Compte tenu des risques de dépendance, associés à la prise de médicaments, cette clientèle tend à sous-estimer la valeur de la pharmacothérapie. Ce résultat a été confirmé par d'autres recherches ayant révélé que les immigrants étaient beaucoup moins susceptibles que les non-immigrants de prendre des médicaments psychotropes (Cabassa & Zayas, 2007; Chen & Vargas-Bustamante, 2011; Martin, 2009).

Les croyances de certains immigrants peuvent expliquer l'évitement de la médication psychiatrique en contexte migratoire (Benish, Quintana, & Wampold, 2011; Petrie & Weinmann, 2006). En effet, en raison de la crainte des conséquences sociales associées au recours aux psychotropes (Interian, Martinez, Guarnaccia, Vega, & Escobar, 2007), certains immigrants privilégièrent une intervention psychologique. Cela est conforme à la constatation selon laquelle certains immigrants sont plus préoccupés par la stigmatisation que d'autres populations, et l'utilisation des psychotropes peut être perçue comme équivalente à la consommation de drogues illicites (Interian et al., 2007).

L'évitement des médicaments peut donc être relié à la faible congruence culturelle de la pharmacothérapie pour nos participants. Ainsi, la pharmacothérapie peut ne pas répondre aux attentes communes de certains immigrants (Miranda & Cooper, 2004). De plus, la non utilisation des médicaments peut s'expliquer par un recours accru aux services sociaux pour faire face aux problèmes émotionnels (Cabassa, Lester, & Zayas, 2007; Givens, Houston, van Voorhees, Ford, & Cooper, 2007), ainsi que par des insatisfactions vécues lors la consultation des psychiatres (Cortes et al., 2009).

Puisque les croyances influencent le choix du traitement en contexte migratoire (Ben-Cheikh & Rousseau 2013), les cliniciens prescripteurs de médicaments doivent tenir compte des valeurs culturelles et des inquiétudes des immigrants afin d'adapter le traitement aux patients (Bernal, Jiménez-Chafey, & Domenech Rodriguez, 2009; Castro, Barrera, & Holleran Steiker, 2010).

Langue maternelle

Selon les résultats de la présente étude, la langue maternelle pour certains immigrants permet d'entrer en contact avec soi-même et de qualifier leur vécu. De plus, elle facilite l'expression confortable des émotions, le contact authentique avec les affects, ainsi que la transmission fidèle et immédiate du vécu. Certes, l'importance de la psychothérapie en langue maternelle n'est plus à démontrer (Chalverat et al., 2017). En effet, parler sa langue maternelle permet d'aborder les souvenirs, de mobiliser les représentations et les significations (Sironi, 2007). En interculturel, la langue maternelle s'avère importante (Kouakou, 2001; Moro, 2011) quand la langue du pays hôte ne parvient pas à transmettre le sens de l'expérience au thérapeute (Di Meo et al., 2014). Selon ces derniers chercheurs, le recours à la langue maternelle est essentiel quand le patient refuse de consulter un clinicien qui ne parle pas sa langue maternelle et qui ne pourra pas décoder les significations culturelles du patient. Aussi, selon ces mêmes chercheurs, les patients utilisent la langue maternelle quand ils n'adhèrent pas aux modalités d'interventions proposées, car ils les perçoivent comme opposées à leurs propres manières de penser et de traiter les troubles psychologiques.

La narration par l'individu des troubles émotionnels qui le perturbent, des difficultés auxquelles il fait face et des sens qu'il donne à son vécu peut se produire dans sa langue maternelle, ce qui lui permet d'éviter les complications et les bruits linguistiques qu'impose le recours à la langue du pays hôte (Chalverat et al., 2017). Selon ces auteurs, l'expression spontanée de la cognition, de l'émotion et du système culturel peut surgir

facilement en parlant sa langue maternelle, celle de ses parents et de ses ancêtres, même lorsque le patient maîtrise la langue du pays hôte. L'utilisation de la langue du pays hôte ne facilite pas nécessairement la communication; elle peut dans certains cas engendrer des incompréhensions qui affectent la transmission et la réception du message en contexte d'intervention. Lorsque le patient s'exprime dans la langue du pays hôte, il est possible que le sens profond du message reste fidèle aux propositions inhérentes à la logique de cette langue. Dès lors, pouvoir parler sa langue maternelle facilite la narration de sa biographie, notamment que les traces psychologiques laissées par les situations expérimentées tout au long de sa vie ne peuvent s'exprimer de manière authentique que dans sa langue maternelle (Chalverat et al., 2017).

L'utilisation de la langue maternelle permet d'entrer en contact avec un clinicien qui propose des traitements adaptés à la culture du patient. Lorsque la langue du pays hôte ne permet pas d'établir une alliance thérapeutique et quand les difficultés psychologiques du patient sont culturellement codées, le recours au thérapeute parlant la même langue et porteur d'une culture semblable est alors choisi (Di Meo et al., 2014). Selon ces auteurs, l'utilisation de la langue maternelle permet de travailler en profondeur les troubles psychologiques du patient et d'aborder les aspects ethnoculturels et d'accéder aux affects. Pour nos participants, le fait de pouvoir s'appuyer sur leur première langue était très important; ce qui leur a permis de coconstruire avec le thérapeute un sens individuel cohérent de leurs difficultés en fonction de leur système de valeurs, leurs représentations, leurs théories étiologiques et leurs modes de traitements.

Le recours à la langue maternelle peut être expliqué également par le fait que ce moyen permet à certains participants de transmettre au thérapeute l'aspect caché de la communication, cet aspect formé de signes et de métaphores, difficile à transmettre en français. Elle facilite l'accès à la vérité de la signification et d'aller de la signification apparente à la signification latente (Kouakou, 2001). Dans ce sens, selon Tarazi-Sahab et Moro (2016), dans l'accueil des immigrants en difficulté, l'usage de la langue maternelle permet d'extérioriser les émotions de manière différenciée, puisque le clinicien et le patient partagent des théories étiologiques et des valeurs culturelles. La langue maternelle sécurise aussi psychologiquement le patient, puisqu'elle garantit la transmission d'un ensemble de données culturelles; elle agit en tant que levier thérapeutique (Tarazi-Sahab & Moro, 2016). Certes, posséder un savoir commun, une proximité linguistique et culturelle constituent une condition nécessaire en psychothérapie. Pour certains participants, les conditions d'émergence de leur subjectivité est associée au recours à la langue maternelle (Baubet, Sturm, Bouaziz, Taïeb, & Moro, 2008; Tarazi-Sahab & Moro, 2016).

Par ailleurs, d'autres participants ont utilisé la langue française. Comment peut-on alors expliquer cette différence? Pourquoi certains immigrants privilégient l'utilisation de la langue du pays hôte? Les raisons pour lesquelles d'autres immigrants ne demandent pas de services de santé mentale dans leur langue maternelle sont nombreuses. Selon Boudreau (1999), la gêne et le dépaysement vécu quand l'immigrant se trouve dans une organisation du pays hôte influencent sa demande de services.

Également, certains immigrants maîtrisent la langue du praticien et l'utilisent pour montrer qu'ils sont intégrés. Il y a aussi le contexte culturel (Kirmayer & Bhugra, 2009), le pouvoir et les normes qui influent sur le comportement des immigrants (minorité) face au groupe majoritaire, du dominé face au dominant. De plus, le peu de cliniciens qui parlent la langue maternelle du patient empêchent d'autres personnes à parler leur langue maternelle en psychothérapie (Boudreau, 1999). D'autres refusent l'utilisation de leur langue maternelle, car elle est perçue en contexte migratoire en tant que langue du persécuteur politique et qui éveille des événements traumatisants et de la torture (Sironi, 2007). Les stratégies d'acculturation et les stratégies identitaires sont donc différentes (Amin, 2012).

Finalement, nos résultats confirment l'existence d'une tendance à une généralisation des interventions euro-américaines sans prendre en compte l'effet des écarts culturels sur le processus d'évaluation, de diagnostic et d'intervention thérapeutique auprès des immigrants (Sandhu et al., 2013). Cette situation empêche certains immigrants d'accéder au traitement approprié, notamment parce que ceux-ci se basent sur leurs croyances pour donner un sens à leurs problèmes, alors que les praticiens, en raison d'un manque de compétences ethnopsychiatriques, éprouvent des difficultés à capter ce sens (Sandhu et al., 2013; Wachtler, Brorsson, & Troein, 2005). Souvent, l'évaluation clinique en contexte migratoire conduit à des erreurs cliniques en raison des différences culturelles (Leong & Lau, 2001). Par conséquent, certains cliniciens recommandent une forme de

traitement aux patients sans prendre en compte le facteur culturel et le contexte (Assouad, 2014; Leong & Lau, 2001), d'où l'importance de l'ethnopsychiatrie.

L'ethnopsychiatrie est une pratique selon laquelle la culture et le psychisme sont indispensables pour comprendre le fonctionnement humain. Dans cet angle, les efforts de la prise en compte de l'altérité culturelle des patients est fondamentale selon cette approche (Lecomte et al., 2006). L'originalité de cette approche réside dans le fait qu'elle permet aux patients de recevoir de l'aide souhaitée afin de soulager leurs difficultés psychologiques sans se couper de leurs perceptions, de leurs croyances, de leurs coutumes et de leur histoire (Nathan, 1986). Les concepts théoriques de l'ethnopsychiatrie permettent de favoriser une plus grande ouverture sur la vision du monde des immigrants et sur les problèmes concrets qu'ils vivent (Streit, 1998). Lors de l'intervention, l'ethnopsychiatrie considère la perception et la culture des immigrants, leur langue maternelle et leurs repères culturels; elle leur accorde du pouvoir et reconnaît leur singularité culturelle. Puisque la reconnaissance de la différence de l'Autre est fondamentale en ethnopsychiatrie (Devereux, 1972), la prise en compte de la perception culturelle des participants et leurs besoins de sens et de cohérence semble faciliter l'intervention thérapeutique. Cette reconnaissance suggère des orientations et force le thérapeute à penser les difficultés psychologiques des participants en des termes renouvelés et de façon singulière (Moro, 2004). L'ethnopsychiatrie permet donc de rendre la détresse supportable et de protéger la personne en mettant à sa disposition des modalités culturelles de défense, des sens et des solutions indispensables au traitement

(Snacken, 1991). Contrairement à l'approche biomédicale, l'ethnopsychiatrie forme une pratique du lien, de l'échange et notamment de la continuité de soi en contexte migratoire (Moro, 2004). La langue maternelle et le matériel culturel des immigrants constituent de puissants leviers thérapeutiques susceptibles de déclencher un nouveau processus mental d'élaboration menant au changement et à la restauration de l'équilibre endommagé.

Forces de la thèse

Le caractère rigoureux de cette recherche est un atout important. La rigueur réside dans sa démarche méthodologique. Le chercheur a effectué une vaste recension des écrits avant, durant et après la collecte de données. Il a fait appel à un ensemble de procédures systématiques permettant de collecter et d'analyser les données qualitatives guidées par les objectifs et les questions de recherche. Il s'est basé sur deux notions importantes dans les recherches qualitatives : la validation et la saturation de données (Blais & Martineau, 2006). Ce processus de recherche garantit la rigueur de cette présente recherche (Dépelteau, 2010).

Sur le plan des connaissances, l'utilisation de la méthode qualitative pour recueillir et analyser les données est une force. Cette méthode permet d'explorer avec souplesse le point de vue des participants en étant très proche de leur vécu affectif singulier. Ainsi, le choix de l'entrevue semi-structurée comme mode de cueillette de données est à considérer comme une force. Donner la parole aux participants pour se prononcer sur

leur parcours long et parsemé d'obstacles tout au long de la recherche de l'aide psychologique, dans toute sa richesse, enrichit les connaissances des intervenants et des chercheurs. Les entrevues ont permis d'accéder aux efforts investis par les participants pour poursuivre les tentatives d'accéder aux services de psychologie. Cette donnée permet aux intervenants d'orienter les immigrants intéressés vers les services qui offrent les interventions psychologiques (psychothérapie et interventions psychologiques qui s'y apparentent).

Quant à son caractère novateur, on peut conclure que la force principale de la présente recherche réside dans son lieu de réalisation : Montréal. Parmi les études ayant exploré les défis de l'intervention auprès des immigrants au Québec, leur but était centré sur le point de vue des intervenants. Et puisqu'aucune étude, à notre connaissance, n'avait été réalisée de façon spécifique sur la perception des usagers immigrants ayant des troubles mentaux, à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale reçus au Québec, la présente étude est originale, car elle comble l'absence de ces recherches en contexte québécois, en éclairant une dimension encore inexplorée.

Limites de la thèse

Cette étude présente des limites méthodologiques qui devraient être considérées dans les recherches futures. Une des limites provient du fait que la présente étude n'avait pas de groupes contrôlés permettant de valider nos résultats. Ainsi, les conclusions ne doivent pas être interprétées comme des preuves définitives. Par contre, la saturation de

données est atteinte, puisque les entrevues n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique (Pirès, 1997). De plus, en raison de cette taille d'échantillon limitée, les variations des antécédents ethnoculturels des participants peuvent avoir influencé les résultats. Par exemple, les participants n'étaient pas appariés sur la base de la langue, de la culture ou de la religion, alors que ces facteurs peuvent influencer comment les personnes voient les différents cliniciens de la santé mentale et dans quelle mesure ils sont désireux de les consulter. Les recherches futures pourraient viser à recruter des échantillons plus grands et plus représentatifs, pour examiner la robustesse des résultats actuels et afin que les conclusions soient plus représentatives de la population. Ces études sont nécessaires aussi pour exclure les biais culturels et examiner si ces résultats sont cohérents entre les différents groupes d'immigrants. De plus, étudier les expériences de soins des immigrants en considérant leurs différents groupes à l'intérieur d'une même communauté ethnoculturelle est également important.

L'échantillon comprend des participants qui résident à Montréal. Les résultats de la recherche, bien qu'ils puissent apporter des éclaircissements quant aux perceptions des immigrants à l'égard des soins de santé mentale, ne sont pas d'emblée transposables à des immigrants s'étant installés ailleurs au Québec, d'où l'importance d'effectuer des recherches interculturelles dans d'autres régions du Québec. Par ailleurs, l'accès au sens est un défi dans les recherches qualitatives. Certes, comme le soulignent Graneheim et Lundman (2004), l'analyse qualitative comporte incontestablement une forme

d'interprétation, puisque le discours des personnes interviewées implique plusieurs significations qui varient en fonction des contextes, notamment culturels. La prise en compte de la dimension culturelle est fondamentale pour effectuer une analyse appropriée.

La différence culturelle entre le chercheur et la majorité des participants justifie une précaution additionnelle en ce qui concerne l'interprétation des données (Morrow, 2005). En effet, le chercheur s'est basé sur la consultation des études en psychologie interculturelle, sur le journal de bord (Valéau & Gardody, 2016) et parfois il a fait appel à l'entrevue individuelle pour demander certaines clarifications. La validation des significations recueillies à la fin de chaque entrevue auprès de chaque famille a permis de s'assurer de l'adhésion des participants aux conclusions préliminaires et de renforcer ainsi la validité des données (Blais & Martineau, 2006). Cette triangulation assure la validité des données alors qu'elles sont encore fraîches et les complète pour répondre aux objectifs de recherche (Anadón & Guillemette, 2006; Gohier, 2004).

Conclusion générale

Nous avons exploré nos questions de recherche à travers le point de vue des immigrants vivant à Montréal. Cette recherche qualitative, même si elle se voulait d'abord exploratoire, a répondu aux questions-objectifs de recherche et ses résultats sont forts intéressants. Elle a atteint son but d'améliorer les connaissances sur l'accès aux soins de santé mentale en contexte montréalais. Les résultats de la présente recherche ont ressorti clairement les conditions qui limitent l'accès de cette clientèle aux soins psychologiques : la longue liste d'attente (Cabassa, 2007) et la centralité de l'approche biomédicale (Bernal et al., 2009). Ces deux obstacles étaient déjà documentés dans notre recension des écrits. La présente recherche confirme les constats qui y sont relatés et souligne précisément la difficulté des participants d'accéder aux services de psychologie. De plus, la primauté de la psychothérapie en tant que mode de traitement privilégié en contexte québécois ne corrobore pas celui de plusieurs études nord-américaines recensées. Par contre, l'importance accordée à la langue maternelle dans un contexte d'intervention a été confirmée par plusieurs études interculturelles consultées. Les obstacles aux soins psychologiques rencontrés, tels que décrits au chapitre des résultats, sont de nature à affecter la santé mentale des participants qui donnent l'impression de vivre un choc relativement fort à ce propos. D'autres participants semblent très déçus de l'organisation des services de santé mentale offerts à Montréal.

Certes, le contexte de la pluralité culturelle caractérisant le Québec donne à lui seul toute la pertinence à la vitalité de l'adaptation des services de santé mentale aux besoins des immigrants. Vu que leur adaptation à la société d'accueil et leur équilibre psychologique reposent sur leur expérience en terre d'accueil et sur leurs capacités individuelles, rendre les services de psychologie accessibles permet de renforcer les ressources individuelles et de maintenir l'autonomie et l'équilibre psychologique de cette clientèle. La qualité du premier contact avec le système de santé est cruciale pour que ces familles s'engagent dans un processus thérapeutique (Nadeau & Measham, 2005; Rousseau & Drapeau, 2002). Les premiers contacts avec la culture biomédicale peuvent forcer les immigrants en difficulté et les intervenants à ressentir un sentiment de choc culturel malgré un désir de collaborer. Néanmoins, d'autres immigrants chercheront à s'éloigner de leur groupe ethnoculturel et à adopter certains aspects culturels de la société d'accueil qui caractérisent l'accès aux soins de santé mentale.

À notre avis, le service de psychologie pourrait occuper une place prépondérante dans l'accueil des patients immigrants souffrant de difficultés émotionnelles. Ce besoin est récurrent à travers les entrevues et émerge tout au long des verbatim. L'importance donnée à ce besoin rappelle le caractère fondamental de la psychologie pour soulager la souffrance humaine. La planification et l'organisation des services de santé mentale nécessitent un esprit interculturel, ainsi que la prise en compte des savoirs et des valeurs des immigrants pour un accès aux soins qui répond aux besoins de ces communautés (Kanagaratnam, Pain, McKenzie, Ratnalingam, & Toner, 2017).

Les besoins des immigrants en matière de soins de santé mentale nécessitent une attention particulière, car ils sont influencés par le contexte et leur système culturel (Chalverat et al., 2017). Identifier les impacts de ces deux variables implique de se renseigner sur les trois stades du processus migratoire, ainsi que sur le lien des organisations de la société hôte avec les immigrants. Ces variables peuvent guider toutes les étapes de l'accès aux soins de santé mentale. Ainsi, les immigrants ne devraient pas être privés de leur culture lors de la recherche de soins (Kanagaratnam et al., 2017). Certains intervenants non familiers à la psychologie interculturelle peuvent référer ces derniers à un service incompatible avec les attentes culturelles du patient. D'autres vont pathologiser l'expression d'une souffrance non pathologique. Le traitement médical de certaines difficultés universelles peut s'avérer efficace, mais dans un autre contexte, une intervention ethnoculturelle ou psychologique sera importante. Le désir d'améliorer l'accès aux services doit inciter fortement les fournisseurs de soins et les chercheurs à multiplier les études interculturelles et à évaluer les stratégies et les interventions offertes afin d'adapter les interventions cliniques aux besoins spécifiques des immigrants ayant des difficultés psychologiques (Chalverat et al., 2017). Pour conclure, le lecteur de cette recherche possède des données suffisantes pour déterminer si nos conclusions peuvent ou non s'appliquer à d'autres contextes.

Recommandations

Les résultats de la thèse soulignent l'importance de prendre en considération les interventions psychologiques qui devraient être considérées comme faisant partie

intégrante de la structure organisationnelle des soins de santé mentale offerts aux immigrants au Québec. De plus, ces interventions devraient encourager l'engagement non seulement des patients, mais aussi des membres des équipes soignantes et des fournisseurs de soins. Vu que le trouble psychologique est considéré comme un problème individuel selon certaines approches psychopathologiques (Ionescu, 2015), les intervenants ont tendance à prioriser le recours à la médicalisation des difficultés psychologiques (Collin & Suissa, 2007; Gori & Del Volgo, 2005; Suissa, 2008) et à référer aux médecins (Conseil, D. L. E, 2011). Ainsi, établir des liens entre les patients immigrants et les services de psychologie semble représenter un défi important, alors que cette collaboration pourrait certainement faciliter l'accès aux services de santé mentale. Étant donné les conséquences importantes des difficultés émotionnelles auxquelles font face certains immigrants et l'impact du processus migratoire sur leur trajectoire de vie, utiliser leur langue maternelle durant l'intervention (Pooreau & Martins-Borges, 2013) devrait devenir une priorité, notamment qu'elle paraît, selon certains participants, plus efficace que le recours à la langue du pays hôte (Giacobi, Bréchet, Fumagalli, & Moro, 2019; Tarazi-Sahab & Moro, 2016). La langue maternelle et les services de psychologie peuvent favorablement répondre aux besoins individuels et permettent une meilleure utilisation des capacités de la personne (expression adaptée des émotions, meilleure gestion des aspects affectifs, comportementaux et cognitifs des difficultés psychologiques, utilisation des techniques thérapeutiques apprises, maintenir l'autonomie du patient, etc.).

De plus, il s'avérerait fondamental que les intervenants qui traitent les demandes d'accès aux soins de santé mentale soient sensibilisés à l'hétérogénéité de la culture des immigrants (Belkacem, 2013) et à la diversité des perceptions de ceux-ci quant à la nature du traitement privilégié (Pouliot, Gagnon, & Pelchat, 2016; Sicot & Touhami, 2015). Les professionnels qui interviennent auprès de la clientèle immigrante ne doivent alors pas sous-estimer l'existence d'un ensemble de sous-cultures chez les personnes appartenant à un même groupe ethnoculturel. Également, l'impact des obstacles rencontrés dans les démarches de recherche de soins psychologiques, et ce, tant sur le plan du fonctionnement psychologique de l'individu que sur le plan de la dynamique familiale, est également à prendre en considération pour faciliter l'accès aux soins. Dans ce sens, il est conseillé d'offrir un accompagnement au patient dans une démarche où il demeure l'acteur principal afin de l'aider à s'orienter vers un clinicien approprié. L'immigrant choisit parmi les services existants à sa portée celui qui est le plus adéquat pour répondre à ses besoins. Finalement, pour faciliter l'accès des immigrants aux soins de santé mentale en contexte québécois, il serait particulièrement intéressant de s'intéresser au point de vue des psychologues, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux, des psychiatres et des gestionnaires afin d'obtenir une perception provenant en quelque sorte des cliniciens qui interviennent auprès des immigrants et des décideurs du service.

Les recherches futures au Québec devraient mettre l'accent sur les barrières qui empêchent les immigrants d'utiliser les services de santé mentale. De vastes études

portant sur les différentes communautés d'immigrants pourraient aider à déterminer si nos résultats s'appliquent à des groupes d'immigrants particuliers ou s'ils concernent tous les groupes d'immigrants (Lebrun, 2010). L'objectif est d'identifier les types de barrières ayant le plus d'impact sur l'accès aux services de santé mentale au Québec. Les chercheurs pourraient également conduire des études utilisant les langues maternelles des immigrants lorsque c'est possible et des approches qualitatives et quantitatives pour clarifier les liens entre les perceptions des immigrants et l'utilisation des soins de santé mentale au Québec tout en mettant l'emphase sur les différences régionales en matière d'accès aux soins. De futures recherches pourraient cibler une plus grande diversité quant au pays d'origine des immigrants ayant reçu des soins de santé mentale au Québec (Chinois, Japonais, Russes, etc.). Un échantillon plus grand que celui de la présente étude permettrait de vérifier s'il existe des similitudes et des divergences entre, par exemple, les perceptions de notre échantillon et celles d'un autre groupe d'immigrants. Aussi, en incluant dans l'échantillon des immigrants ayant accepté de recevoir un traitement pharmacologique, cela permettrait de documenter si leur point de vue s'accorde ou non avec l'opinion de notre échantillon. Conduire des recherches également auprès des réfugiés en tant que groupe distinct permettrait une meilleure comparaison des résultats. Les résultats de la présente recherche (les catégories émergentes) offrent des bases pour l'élaboration d'un devis de recherche quantitative ou mixte. Ils peuvent servir à développer des instruments de mesure : utiliser une échelle permettant de mesurer la satisfaction des participants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire semble alors important.

Références générales

- Acharya, M. P., & Northcott, H. C. (2007). Mental distress and the coping strategies of elderly Indian immigrant women. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 614-636.
- Adames, H. Y., Chavez-Dueñas, N. Y., Fuentes, M. A., Salas, S. P., & Perez-Chavez, J. G. (2014). Integration of Latino/a cultural values into palliative health care: A culture centered model. *Palliative & Supportive Care*, 12(2), 149-157.
- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2012). Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(3), 287-296.
- Ali, J. (2002). *La santé mentale des immigrants au Canada* (supplément aux rapports sur la santé, volume 13, 1-11). Ottawa, ON : Statistique Canada.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.
- Amin, A. (2012). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice-Revue internationale de la recherche interculturelle*, 2(2), 103-116.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Anadón, M., & Guillemette, F. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive?. *Recherches qualitatives*, 5(1), 26-37.
- Ansart, P. (1990). *Les sociologies contemporaines*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Assouad, J. P. (2014). *The effects of acknowledging cultural differences on therapeutic alliance in cross-cultural therapy* [en ligne]. Repéré à https://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/293/
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord. *Recherches qualitatives, Hors-série*(2), 98-113.

- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Gottschalk, M. (2016). *Psychopathologie : une approche intégrative*. Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.
- Barudy, J. (1992). Migration politique, migration économique : une lecture systémique du processus d'intégration des familles migrantes. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 47-70.
- Basáñez, T., Blanco, L., Collazo, J. L., Berger, D. E., & Crano, W. D. (2013). Ethnic groups' perception of physicians' attentiveness: Implications for health and obesity. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 37-46.
- Bateson, G. (1981). *La nouvelle communication* [en ligne] Repéré à <http://inventin.lautre.net/livres/Bateson-Nouvelle-communication.pdf>
- Battaglini, A., Gravel, S., Poulin, C., Fournier, M., & Brodeur, J.-M. (2002). Migration et paternité ou réinventer la paternité. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(1), 165-179.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances psy*, (4), 111-117.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Baubet, T., Sturm, G., Bouaziz, N., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2008). L'approche transculturelle en psycho-oncologie. *Psycho-oncologie*, 2(4), 234-241.
- Bauer, A. M., Chen, C. N., & Alegría, M. (2010). English language proficiency and mental health service use among Latino and Asian Americans with mental disorders. *Medical Care*, 48(12), 1097-1104.
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2), S30-S44.
- Beiser, M., Simich, L., & Pandalangat, N. (2003). Community in distress: Mental health needs and help-seeking in the tamil community in Toronto. *International Migration*, 41(5), 233-245.
- Bélanger, M. (2002). L'intervention interculturelle : une recherche de sens et un travail du sens. *Service social*, 49(1), 70-93.
- Belkacem, L. (2013). Jeunes descendants d'immigrants ouest-africains en consultations ethnocliniques : migrations en héritage et mémoires des « origines ». *Revue européenne des migrations internationales*, 29(1), 69-89.

- Ben-Cheikh, I., & Rousseau, C. (2013). Autisme chez des enfants d'immigration récente : modèles explicatifs de familles originaires du Maghreb. *L'Autre*, 14(2), 213-222.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279-289.
- Benito, M. R. (2019). Quand est-ce qu'on prescrit un antipsychotique à un patient migrant? Une étude rétrospective des dossiers cliniques des patients migrants sous antipsychotique suivis dans une consultation psychothérapeutique spécialisée. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100-132. doi: 10.1016/j.ejtd.2019.100132
- Bergeron, D. (2005). Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. Pour une psychiatrie clinique éthique. *Où va la psychiatrie*, 30(1), 197-214.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.
- Berry, J. W. (1985). Acculturation among circumpolar peoples: Implications for health status. *Arctic Medical Research*, 40, 21-27.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34.
- Berry, J. (2000). Acculturation et identité. Dans J. Costa-Lascoux, M. A. Hily, & G. Vermès (Éds), *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires : hommage à Carmel Camilleri* (pp. 81-94). Paris, France : L'Harmattan.
- Berry, J. W., & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, 3(2), 291-326.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bosma, A.-H. (2006). Introduction à la psychopathologie développementale. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (35/2), 251-268.
- Boudreau, F. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto. *Reflets : revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5(2), 123-154.

- Bourassa, F. (1997). *Compétences interculturelles : un modèle intégrateur inspiré de la psychologie des relations humaines* [en ligne]. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-étudiant/Revue_Interactions/Volume_1_no_1/V1N1_BOURASSA-France_p59-76.pdf
- Bourhis, R. Y., Bosset, D. A., & Sioufi, R. (2018). Orientations d'acculturation des Québécois francophones à l'égard des immigrants italiens « valorisés » et des immigrants mafieux « dévalorisés ». *Revue québécoise de psychologie*, 39(1), 5-33.
- Bourhis, R. Y., Moise, L. C., Perreault, S., & Senecal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32(6), 369-386.
- Bourque, R. (2000). Les mécanismes d'exclusion des immigrants et des réfugiés. Dans G. Legault (Éd.), *L'intervention interculturelle* (pp. 85-108). Boucherville, QC : Gaétan Morin.
- Boutin, G., & Camaraire, L. (2001). *Accueillir et encadrer un stagiaire. Guide pratique à l'usage de l'enseignant-formateur*. Montréal, QC : Éditions Nouvelles.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Bridges, A. J., Andrews III, A. R., & Deen, T. L. (2012). Mental health needs and service utilization by Hispanic immigrants residing in mid-southern United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), 359-368.
- Briganti, G., & Linkowski, P. (2019). *Une nouvelle approche ontologique et statistique des construits et troubles mentaux : introduction à la psychiatrie des "networks"*. [en ligne]. doi : 10.31234/osf.io/acjwn. Repéré à <https://psyarxiv.com/acjwn/>
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. New York, NY: Routledge.
- Brodeur, N., & Shhem, F. (2014). *Évaluation des services destinés aux pères immigrants : L'Hirondelle-service d'accueil et d'intégration des immigrants. Document 2 : Le point de vue des pères : Centre de recherche sur la violence familiale et la violence faite aux femmes* [en ligne]. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2366725>

- Bruno, F., Kouassi, K., Moro, M. R., & Bernard, D. (2016). Réimaginer la rencontre : utilisation du concept de contre-transfert culturel au retour d'une expérience d'expatriation. *Alterstice : revue internationale de la recherche interculturelle / Alterstice*, 6(2), 59-69.
- Burgoyne, V. (2014). *L'alliance thérapeutique en psychothérapie interculturelle, telle que relatée par des psychologues québécois* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Cabassa, L. J. (2007). Latino immigrant men's perceptions of depression and attitudes toward help seeking. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29(4), 492-509.
- Cabassa, L. J., Lester, R., & Zayas, L. H. (2007). "It's like being in a labyrinth:" Hispanic immigrants' perceptions of depression and attitudes toward treatments. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(1), 1-16.
- Cabassa, L. J., & Zayas, L. H. (2007). Latino immigrants' intentions to seek depression care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 231-242.
- Cadignan, K., & Rizzi, A. T. (2019). Accompagner la souffrance au travail : s'ouvrir à une approche transculturelle. *Le Journal des psychologues*, 10(372), 68-72.
- Camilleri, C. (1989). La culture et l'identité culturelle : champ notionnel et devenir. Dans M. Cohen-Émerique (Éd), *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel* (pp. 21-76). Paris, France : Payot.
- Camilleri, C. (1990). Identité et gestion de la disparité culturelle : essai d'une typologie. Dans C. Camilleri, J. Kastersztein, E.-M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboda-Leonetti, & A. Vasquez-Bronfman (Éds), *Stratégies identitaires* (pp. 85-110). Paris, France : Les Presses universitaires de France.
- Camilleri, C. (1995). *Différence et cultures en Europe*. Strasbourg : Les Éditions du Conseil de l'Europe.
- Camilleri, C., & Cohen-Émerique, M. (1989). *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris, France : Éditions L'Harmattan.
- Casteran, T. (1997). L'interculturel, une démarche pour mieux comprendre les relations interhumaines. *Les Cahiers de l'Actif*, 250-251, 43-51.
- Castro, F. G., Barrera Jr, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213-239.

- Chalverat, C., de Jonckheere, C., Steck, L. R., & Elghezouani, A. (2017). *Le thérapeute et le diplomate : modélisation de pratiques de soin aux migrants*. Genève : Éditions ies.
- Charuty, G. (2000). À chacun sa folie. *Sciences et Avenir*, 122, 80-83.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328.
- Chavira, D. A., Golinelli, D., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Rose R. D, ... Bumgardner, K. (2014). Treatment engagement and response to CBT among Latinos with anxiety disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 392-403.
- Chen, H., & Hu, M. Y. (2002). An analysis of determinants of entry mode and its impact on performance. *International Business Review*, 11(2), 193-210.
- Chen, J., & Vargas-Bustamante, A. (2011). Estimating the effects of immigration status on mental health care utilizations in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(4), 671-680.
- Chiasson-Lavoie, M., & Roc, M. L. (2000). La pratique interculturelle auprès des jeunes en difficultés. Dans G. Legault (Éd.), *L'intervention interculturelle* (chap. 10). Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Chow, H. P. (2010). Growing old in Canada: physical and psychological well-being among elderly Chinese immigrants. *Ethnicity & Health*, 15(1), 61-72.
- Chung, I. (2010). Changes in the sociocultural reality of Chinese immigrants: challenges and opportunities in help-seeking behaviour. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 436-447.
- Cohen-Émérique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91.
- Cohen-Émérique, M. (2000). *L'approche interculturelle auprès des migrants*. Dans G. Legault (Éd.), *L'intervention interculturelle* (chap. 7). Boucherville, QC : Gaétan Morin.
- Collin, J., & Suissa, A. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25-33.

- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Résumé du rapport du Groupe de travail sur la diversité : améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés – Enjeux et options pour l'amélioration des services* [en ligne]. Repéré à https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Diversity_Issues_Options_Report_Summary_FRE_0_1.pdf
- Conseil, D. L. E. (2011). *Pour construire une culture institutionnelle inclusive. Compétences interculturelles dans les services sociaux*. Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe.
- Cortes, D. E., Mulvaney-Day, N., Fortuna, L., Reinfeld, S., & Alegria, M. (2009). Patient—provider communication: understanding the role of patient activation for Latinos in mental health treatment. *Health Education & Behavior*, 36(1), 138-154.
- de Jong, J. T., & van Ommeren, M. (2005). Mental health services in a multicultural society: Interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42(3), 437-456.
- Dépelteau, F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- de Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., & Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 281-299.
- Derr, A. S. (2015). Mental health service use among immigrants in the United States: A systematic review. *Psychiatric Services*, 67(3), 265-274.
- Deschenaux, F., & Laflamme, C. (2007). Analyse du champ de la recherche en sciences de l'éducation au regard des méthodes employées : la bataille est-elle vraiment gagnée pour le qualitatif. *Recherches qualitatives*, 27(2), 5-27.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal, QC : McGraw-Hill.
- Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart & Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Boucherville, QC : Gaétan Morin.

- Devereux, G. (1969). *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*. Paris, France : Synthélabo - Les Empêcheurs de penser en rond.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, France : Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris, France : Flammarion.
- Devereux, G. (1978). L'ethnopsychiatrie. *Ethnopsychiatria*, 1(1), 7-13.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (traduit par H. Sinacoeur). Paris, France : Flammarion.
- Dhaliwal-Rai, K. (2002). *Perspectives on mental wellness/health of Punjabi Sikh immigrants in the city of Surrey* (Thèse de doctorat inédite). The University of British Columbia, Vancouver, C.-B.
- Di Meo, S., Sanson, C., Simon, A., Bossuroy, M., Rakotomalala, L., Rezzoug, D., ... Moro, M. R. (2014). Le bilinguisme des enfants de migrants. Analyse transculturelle. Dans H.-A. Billeved, F. Estienne. & F. Vender Linden (Éds), *Multilinguisme et orthophonie. Réflexions et pratiques à l'heure de l'Europe* (pp. 149-182). Paris, France : Elsevier.
- Dutt, A. S., & Kit, P. L. (2014). Cross-cultural considerations with Asian Indian American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler, & B. D. Leany (Éds), *Guide to psychological assessment with Asians* (pp. 61-74). New York, NY: Springer.
- Elghezouani, A. (2016). Migrants, soins au corps et soins psychiques. *Bulletin des médecins suisses*, 97(18-19), 680-682.
- El Kadiri, M. (2004). La notion de cœur dans les quatre premiers siècles de l'Hégire : le modèle d'Abû Tâlib al-Makkî. *Annuaire de l'École pratique des hautes études*, 117(113), 397-399.
- Ellenberger, H. F. (1959). Aspects culturels de la maladie mentale. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 4(1), 26-37.
- Ellenberger, H. F. (1974). *À la découverte de l'inconscient, histoire de la psychiatrie dynamique*. Villeurbanne, France : SIMEP.
- Fabrega, H. (1994). International systems of diagnosis in psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(5), 256-263.

- Fang, L. (2010). *Perspective socioculturelle de l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants chinois* [en ligne]. Repéré à http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/svs/fichiers/acsw10special_f.pdf
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2004). Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 363-372.
- First, M. B., Regier, D. A., & Kupfer, D. J. (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Flaherty, J. A., Gaviria, F. M., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J. A., & Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(5), 257-263.
- Flye Sainte Marie, A. (1997). La compétence interculturelle dans le domaine de l'intervention éducative et sociale. *Les Cahiers de l'Actif*, 250/251, 53-63.
- Fronteau, J. (2000). Le processus migratoire : la traversée du miroir. Dans G. Legault (Éd.), *L'intervention interculturelle* (pp. 1-40). Boucherville, QC: Gaétan Morin.
- Gailly, A. (1991). Problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant-soigné. Dans J. Leman & A. Gailly (Éds), *Thérapies interculturelles. L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire* (pp. 95-115). Bruxelles, Belgique : De Boeck-Wesmael.
- Ganino, G., & Bravo, M. (1999). The translation and adaptation of diagnostic instruments for cross-cultural use. Dans D. Shaffer, C. P. Lucas, & J. E. Richters (Éds), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp. 285-298). New York, NY: Guilford Press.
- Gaw, A. C. (2001). *Concise guide to cross-cultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gaztambide, D. J. (2012). Addressing cultural impasses with rupture resolution strategies: A proposal and recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(3), 183-189.
- Giacobi, C., Bréchet, S., Fumagalli, M., & Moro, M. R. (2019). Restaurer la fonction maternelle blessée par la guerre et l'exil. Fragments de thérapie transculturelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 67(7), 328-334.

- Givens, J. L., Houston, T. K., van Voorhees, B. W., Ford, D. E., & Cooper, L. A. (2007). Ethnicity and preferences for depression treatment. *General Hospital Psychiatry*, 29(3), 182-191.
- Glenmullen, J. (2001). *Prozac backlash: Overcoming the dangers of Prozac, Zoloft, Paxil, and other antidepressants with safe, effective alternatives*. Toronto, ON: Simon and Schuster.
- Goguikian Ratcliff, B., & Strasser, O. (Éds) (2009). *Clinique de l'exil. Chroniques d'une pratique engagée*. Chêne-Bourg, Suisse : Georg.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3-17.
- Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2010). On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. Dans T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Éds), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*, 72-96. New York, NY: Guilford Press.
- Gori, R., & Del Volgo, M. J. (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, France : Denoël.
- Gouvernement du Québec (2011). *L'immigration au Québec – Consultation 2012-2015* [en ligne]. Repéré à <http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/immigration-quebec-partage-responsabilites-20122015.pdf>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Group for the Advancement of Psychiatry. (2001). *Cultural assessment in clinical psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Guerraoui, Z. (1997). Situation interculturelle et dynamique identitaire. *Les Cahiers de l'actif*, 250/251, 103-114.
- Gullekson, N. L., Tucker, M. L., Coombs Jr, G., & Wright, S. B. (2011). Examining intercultural growth for business students in short-term study abroad programs: Too good to be true?. *Journal of Teaching in International Business*, 22(2), 91-106.
- Guruge, S., Thomson, M. S., & Seifi, S. G. (2015). Mental health and service issues faced by older immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 34(4), 431-444.

- Habimana, E., & Cazabon, C. (2013). *Les troubles psychologiques : comprendre et accompagner les personnes qui en sont touchées*. Sainte-Foy, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., & Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*. Boucherville, QC : Gaétan Morin.
- Habimana, E., & Tousignant, M. (2003). Les pratiques de sorcellerie et les Ibitega au Rwanda : une étiologie de la psychose autour de l'envie. *Cahiers de psychologie clinique*, 21(2), 219-229.
- Handwerker, W. P. (2002). The construct validity of cultures: Cultural diversity, culture theory, and a method for ethnography. *American Anthropologist*, 104(1), 106-122.
- Hansen, M. C., & Aranda, M. P. (2012). Sociocultural influences on mental health service use by Latino older adults for emotional distress: Exploring the mediating and moderating role of informal social support. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2134-2142.
- Harwood, A. (1981). *Ethnicity and Medical Care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hassan, G., & Rousseau, C. (2007). La protection des enfants : enjeux de l'intervention en contexte interculturel. *Bulletin de la recherche interculturelle*, 45, 37-50.
- Haynal, A. (2011). Critiques des bases de la psychiatrie actuelle. *Psychothérapies*, 31(4), 227-232.
- Hernandez, S. (2007). *Les hommes immigrants et leur vécu familial : impact de l'immigration et intervention* [en ligne]. Repéré à https://www.sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Les_hommes_immigrants.pdf
- Hinton, D. E., & Good, B. J. (Éds). (2009). *Culture and panic disorder*. Redwood, CA: Stanford University Press.
- Hirt, J. M. (2006). Croire ou interpréter. Dans In Press (Éd.), *Libres cahiers pour la psychanalyse* (pp. 127-132).
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Huber, W. (2005). *Les psychothérapies : quelle thérapie pour quel patient?* Paris, France : Armand Colin.

- Hurtado-de-Mendoza, A., Gonzales, F. A., Serrano, A., & Kaltman, S. (2014). Social isolation and perceived barriers to establishing social networks among Latina immigrants. *American Journal of Community Psychology*, 53(1-2), 73-82.
- Huteau, M. (2013). *Psychologie différentielle. Cours et exercices* (4^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Hyman, I. (2004). Setting the stage: Reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), I4-I8.
- Interian, A., Martinez, I. E., Guarnaccia, P. J., Vega, W. A., & Escobar, J. I. (2007). A qualitative analysis of the perception of stigma among Latinos receiving antidepressants. *Psychiatric Services*, 58(12), 1591-1594.
- Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Jaouich, A. M. (2007). *The impact of cultural variables and multicultural competence: A model of early therapy process* (Thèse de doctorat inédite). McGill University, Montréal, QC.
- Kaltman, S., Hurtado de Mendoza, A., Gonzales, F. A., Serrano, A., & Guarnaccia, P. J. (2011). Contextualizing the trauma experience of women immigrants from Central America, South America, and Mexico. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 635-642.
- Kaltman, S., Hurtado de Mendoza, A., Serrano, A., & Gonzales, F. A. (2016). A mental health intervention strategy for low-income, trauma-exposed Latina immigrants in primary care: A preliminary study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(3), 345-354.
- Kanagaratnam, P., Pain, C., McKenzie, K., Ratnalingam, N., & Toner, B. (2017). Recommendations for Canadian mental health practitioners working with war-exposed immigrants and refugees. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(Special Issue), 107-119.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Rusch, L. C., Busch, A. M., & West, P. (2010). Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behavior Modification*, 34(2), 120-144.
- Kardiner, A., Linton, R., Prigent, T., & Lefort, C. (1969). *L'individu dans sa société : essai d'anthropologie psychanalytique*. Paris, France : Gallimard.
- Kirk, S. A., Gomory, T., & Cohen, D. (2013). *Mad science: Psychiatric coercion, diagnosis, and drugs*. Nouveau Brunswick, NB: Transaction Publishers.

- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1998). Aimez-vous le DSM-IV? Le triomphe de la psychiatrie américaine. *L'Évolution psychiatrique*, 64(2), 442-443.
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232-257.
- Kirmayer, L. J. (2008). Empathy and alterity in cultural psychiatry. *Ethos*, 36(4), 457-474.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164.
- Kirmayer, L. J., & Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. Dans M. Salloum & J. E. Mezzich (Éds), *Psychiatric diagnosis: Patterns and prospects* (pp. 29-37). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kirmayer, L. J., Fung, K., Rousseau, C., Lo, H. T., Menzies, P., Guzder, J., ... McKenzie, K. (2012). Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 201-216.
- Kirmayer, L. J., Mezzich, J., Kleinman, A., & Fabrega Jr, H. (1996). *Somatoform and dissociative disorders in cultural perspective: Comment on Griffiths and Gonzalez*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kleinman, A. (1988a). *Rethinking psychiatry*. New York, NY: Free Press.
- Kleinman, A., (1988b). *The illness narratives*. New York, NY: Basic Books.
- Kleinman, A. (1996). How is culture important for DSM-IV? Dans J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, & D. L. Parron (Éds), *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective* (pp. 15-25). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Kouakou, K. (2001). Approche psychothérapeutique en clinique transculturelle. Triade thérapeute-patient-interprète. *Champ psychosomatique*, (23), 137-143.
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). Culture: A critical review of concepts and definitions. *Louvain Economic Review*, 20(7), 755.
- Lai, D. W. (2003). Health and predictors of health among older Chinese-Canadians in British Columbia. *British Columbia Medicine Journal*, 45, 382-390.
- Lai, D. W., & Chau, S. B. (2007). Effects of service barriers on health status of older Chinese immigrants in Canada. *Social Work*, 52(3), 261-269.

- Lai, D. W., & Surood, S. (2008). Predictors of depression in aging South Asian Canadians. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23(1), 57-75.
- Lai, D. W., & Surood, S. (2010). Types and factor structure of barriers to utilization of health services among aging South Asians in Calgary, Canada. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 29(2), 249-258.
- Laliberté, V. (2011). *La logique de la recherche en pharmacologie* (Mémoire de maîtrise inédit). Université Laval, Québec, QC.
- Laplantine, F. (2007). *Ethnopsychiatrie psychanalytique*. Paris, France : Éditions Beauchesne.
- Lara-Cinisomo, S., Clark, C. T., & Wood, J. (2018). Increasing diagnosis and treatment of perinatal depression in Latinas and African American women: Addressing stigma is not enough. *Women's Health Issues*, 28(3), 201-204.
- Laungani, P. (2004). Counselling and therapy in a multi-cultural setting. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 195-207.
- Lebrun, L. A. (2010). Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Canadian Ethnic Studies*, 41(3), 247-260.
- Lecomte, Y., Jama, S., & Legault, G. (2006). Présentation : l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 7-27.
- Leff, J. P. (1974). Transcultural influences on psychiatrists' rating of verbally expressed emotion. *The British Journal of Psychiatry*, 125(587), 336-340.
- Legault, G., & Bourque, R. (2000). La diversité des visions du monde à travers les valeurs et les croyances. Dans G. Legault (Éd.), *L'intervention interculturelle* (pp. 53-67). Boucherville, QC : Édition Gaëtan Morin.
- Legault, G., & Rachédi, L. (2008). *L'intervention interculturelle* (2^e éd.). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Leong, F. T., & Lau, A. S. (2001). Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans. *Mental Health Services Research*, 3(4), 201-214.
- Levitt, M. J., Lane, J. D., & Levitt, J. (2005). Immigration stress, social support, and adjustment in the first postmigration year: An intergenerational analysis. *Research in Human Development*, 2(4), 159-177.

- Lewis-Fernández, R. (1996). Cultural formulation of psychiatric diagnosis, case No.2. diagnosis and treatment of nervous and ataques in a female Puerto Rican migrant. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 154-163.
- Lewis-Fernández, R., & Díaz, N. (2002). The cultural formulation: A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73(4), 271-295.
- Licata, L., & Heine, A. (2012). *Introduction à la psychologie interculturelle*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Lomas, T. (2019). *Lexicography (listed by language)* [en ligne] Repéré à https://www.researchgate.net/publication/332849040_Lexicography_listed_by_language
- Lutz, C. (1982). The domain of emotion words on Ifaluk. *American Ethnologist*, 9(1), 113-128.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). *Enfance et psychopathologie*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Martin, S. S. (2009). Illness of the mind or illness of the spirit? Mental health-related conceptualization and practices of older Iranian immigrants. *Health & Social Work*, 34(2), 117-126.
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design: An interactive approach* (Vol. 41). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Menjívar, C. (2000). *Fragmented ties: Salvadoran immigrant networks in America*. Californie, CA: University of California Press.
- Mezzich, J. E. (1995). Cultural formulation and comprehensive diagnosis: Clinical and research perspectives. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 649-657.
- Mezzich, J. E. (2002). *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV® Perspective*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega Jr, H., & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural formulation guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 46(3), 383-405.
- Mezzich, J. E., Kleinman, A., Fabrega Jr, H., Parron, D., Good, B. J., Johnson-Powell, G., ... Manson, S. (1993). *Revised cultural proposals for DSM-IV* (pp. 90-104). Report submitted to the DSM-IV Task Force.

- Mezzich, J. E., Ruiperez, M. A., & Villa, H. (1984). Culture and psychopathology. *Ethno-psychopharmacology*, 5.
- Mezzich, J. E., Ruiz, P., & Muñoz, R. A. (1999). Mental health care for Hispanic Americans: A current perspective. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(2), 91-102.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2015). *Fiche synthèse sur l'immigration au Québec — 2015. Survol de l'année 2015*. Repéré à http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/FICHE_syn_an2015.pdf
- Ministère de l'Immigration, de la Francisation, et de l'intégration. (2020). *2019 - Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2008 à 2017* [en ligne]. Repéré à http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2019_admisQc.pdf
- Minn, P., Pierre, A., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F., & Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13-47.
- Miranda, J., & Cooper, L. A. (2004). Disparities in care for depression among primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 120-126.
- Miranda, J., Duan, N., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Lagomasino, I., Jackson-Triche, M., & Wells, K. B. (2003). Improving care for minorities: Can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Health Services Research*, 38(2), 613-630.
- Montgomery, C., & Tamouro, S. (2012). Regards pluriels sur les interventions sociales et de santé en contexte de diversité. *Alterstice-revue internationale de la recherche interculturelle*, 2(2), 3-8.
- Moro, M. R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71-98.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil : psychopathologie et migrations*. Paris, France : Presses universitaires de France.

- Moro, M. R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs : naître et grandir en France*. Paris, France : La découverte.
- Moro, M. R. (2003). Penser la psychiatrie humanitaire. Dans C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert et M. Moro (Éds), *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire* (pp. 3-26). Paris, France : Dunod
- Moro, M. R. (2004). *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. Paris, France : Dunod.
- Moro, M. R. (2010). *Nos enfants demain : pour une société multiculturelle*. Paris, France : Odile Jacob.
- Moro, M. R. (2011). L'enfant dans la famille et la société : la situation transculturelle. Dans A. Danion-Grilliat & C. Bursztein. (Éds), *Psychiatrie de l'enfant* (pp. 33-36). Paris, France : Lavoisier.
- Moro, M. R. (2012). La psychiatrie transculturelle : une clinique de la modernité. Dans *Manuel de psychiatrie* (pp. 99-103). Paris, France : Elsevier Masson.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counselling psychology. *Journal of Counselling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Mouchenik, Y. (2019). La clinique transculturelle, aspects théorico-cliniques. *Perspectives Psy*, 58(2), 151-155.
- Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(3), 73-76.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres-traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Nathan, T. (1988). *Le sperme du diable : éléments d'ethnopsychiatrie*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Nathan, T. (1993). *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... : principes d'ethnopsychanalyse*. Paris, France : La pensée sauvage.
- Nathan, T. (2000). *Développement de l'ethnopsychiatrie clinique en France : espoirs et embûches. Prefazione alla seconda edizione de "La folie des autres"*. Paris, France : Dunod.

- Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue francophone de clinique cognitive et comportementale*, 17(3), 4-23.
- Nestler, E. J. (2013). The origins of molecular psychiatry. *Journal of Molecular Psychiatry*, 1(3), 1-2.
- Newbold, B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: Evidence from LSIC. *Ethnicity & Health*, 14(3), 315-336.
- Ng, E., & Omariba, W. (2010). Is there a healthy immigrant effect in mental health? Evidences from population-based health surveys in Canada. Dans N. Khanlou & B. Jackson (Éds), *Canadian issues: Immigrant mental health* (pp. 23-28). Montréal, QC : Association for Canadian Studies.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379-408.
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*, os-7(4), 177-182.
- Oléron, P. (1972). *Langage et développement mental*. Bruxelles, Belgique : Éditions Mardaga.
- Ordre des Psychologues du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie* [en ligne] Repéré à https://www.oeq.org/DATA/NORME/53~v~opq_travauxinterordres_complet_final_web_isbn.pdf
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Collin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. Dans P. Paillé & A Mucchielli (Éds), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 314-374). Paris, France : Armand Collin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Paradis, A. (1992). Ethnie et folie : visages pluriels de l'anormalité. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 13-34.

- Perret, P., & Faure, S. (2006). *Les fondements de la psychopathologie développementale* [en ligne]. Repéré à <https://www.centrepsyche-amu.fr/wp-content/uploads/2014/01/Perret-Enfance-2006.pdf>
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536-539.
- Pichot, P. (1981). Psychiatry and culture-allocation. *Psychopathologie africaine*, 17(1-3), 11-15.
- Pichot, P., & Allilaire, J. F. (2003). Sur la pratique de la psychothérapie. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 187(6), 1191-1194.
- Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P., Jaimes, A., Raphaël, F., ... Kirmayer, L. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13-47.
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., & Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)*. Montréal, QC : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Pirenne-Delforge, V., & Tunca, O. (2003). *Représentations du temps dans les religions. Actes du colloque organisé par le Centre d'histoire des religions de l'Université de Liège*. Liège, Belgique : Bibliothèque de Faculté de philosophie et lettres de l'Université de Liège.
- Pirès, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart & Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologique* (pp. 113-167). Montréal, QC : Gaëtan Morin éditeur.
- Pocreau, J. B., & Martins-Borges, L. (2013). La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 227-242.
- Poisson, Y. (1983). L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 9(3), 369-378.
- Postel, J. (2012). Introduction à l'histoire de la psychiatrie. Dans J. D. Guelfi & F. Rouillon (Éds), *Manuel de psychiatrie* (2^e éd., pp. 13-23). Paris, France : Elsevier Masson.

- Pouliot, S., Gagnon, S., & Pelchat, Y. (2016). *La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux : constats et pistes d'action* [en ligne]. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2076_formation_interculturelle_reseau_sante.pdf
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, R. Mayer, & A. Pirès (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Boucherville, QC : Gaétan Morin.
- Pourtois, J.-P. & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Radjack, R., Baubet, T., El Hage, W., Taieb, O., & Moro, M. R. (2012, October). Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle?. Dans *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(8), 591-595.
- Rechtman, R., & Welsh, G. (1993). Approche transculturelle des patients non francophones originaires du Sud-est asiatique dans le dispositif psychiatrique du XIII^e arrondissement de Paris. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 143-161.
- Renaud, S. (2000). Couleurs et culture chez les Kazakhs. *Cahiers d'Asie centrale*, (8), 101-121.
- Rizzi, A. T. (2015). Importance des productions des enfants en clinique transculturelle. *Le Carnet Psy*, 2015/3(188), 27-30.
- Rizzi, A. T., & Moro, M. R. (2017). La psychanalyse au risque de l'altérité. Processus de coconstruction dans un groupe thérapeutique transculturel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7(2), 271-300.
- Robert, A., & Gilkinson, T. (2012). *Mental health and well-being of recent immigrants in Canada: Evidence from the longitudinal survey of immigrants to Canada*. Ottawa, ON: Citizenship and Immigration Canada.
- Rodriguez del Barrio, L., Corin, E., Poirel, M. L., & Drolet, M. (2006). *Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers. Pharmacologie et santé mentale*. Montréal, QC : Équilibre, Association Canadienne de Santé Mentale.
- Rondeau, K., & Paillé, P. (2016). L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 35(1), 4-28.

- Rousseau, C., & Drapeau, A. (2002). *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Montréal, QC : Les Publications du Québec.
- Roy, C. (1986). Lexique personnel ou les mots de passe. Dans *Le débat* (no. 38, pp. 101-124). Paris, France : Gallimard.
- Sadavoy, J., Meier, R., & Ong, A. Y. M. (2004). Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(3), 192-199.
- Sam, D. L., & Berry, J. W. (Éds). (2006). *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Samuel, N., Morton, B., Violet, K., Feng, H., & Joanna, R. (1999). Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3), 193-207.
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., & i Riera, R. P. (2013). Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105-116.
- Sapir, E. (1929). The status of linguistics as a science. *Language*, 5(4), 207-214.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. *Introduction à la recherche en éducation*, 2, 171-198.
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237-251.
- Segura, J. (2003). Espace thérapeutique à la maison. Développement d'un dispositif pour effectuer des thérapies familiales à domicile. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 95-110.
- Shimoni, R., Este, D., & Clark, D. E. (2003). Paternal engagement in immigrant and refugee families. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(4), 555-568.
- Sicot, F., & Touhami, S. (2015). *Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère* [en ligne]. Repéré à <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1725#quotation>

- Simoni, J. M., & Pérez, L. (1995). Latinos and mutual support groups: A case for considering culture. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 440-445.
- Simons, R. C., & Hughes, C. C. (1985). *The culture-bound syndromes*. Dordrecht: Springer.
- Simpson, M. A. (Éd.). (1980). *Psycholinguistics in clinical practice: Languages of illness and healing*. New York, NY: Irvington Publishers.
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives*. Paris, France : Odile Jacob.
- Snacken, J. (1991). Réflexion. La Culture : mais à quel niveau? Dans J. Leman & A. Gailly (Éds), *Thérapies interculturelles* (pp. 143-150). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Speziale, F. (2017). *Le médecin des rêves : culte des saints et guérison onirique chez les musulmans du Deccan* [en ligne]. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00584786/document>
- Stewart, M., Shizha, E., Makwarimba, E., Spitzer, D., Khalema, E. N., & Nsaliwa, C. D. (2011). Challenges and barriers to services for immigrant seniors in Canada: "you are among others but you feel alone". *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 7(1), 16-32.
- Streit, U. (1998). Les migrants : adaptation de la thérapie psychanalytique dans un contexte interculturel. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique : une diversité de champs cliniques* (pp. 380-387). Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Sturm, G. (2011). *Culture, société, subjectivité : les innovations de l'ethnopsychanalyse française. Comprendre et traiter les situations interculturelles : approches psychodynamiques et psychanalytiques*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Sue, D. W. (1981). *Counseling the culturally different: Theory and practice*, New York, NY: John Wiley.
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790-821.
- Suissa, A. J. (2008). Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux. *Psychotropes*, 14(2), 61-80.

- Tarazi-Sahab, L., & Moro, M. R. (2016). L'accueil de patients traumatisés : la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant? *Cliniques*, (11), 72-88.
- Thiévert, R. A. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Tiwari, S. K., & Wang, J. (2008). Ethnic differences in mental health service use among White, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 866-871.
- Tousignant, M. (1982). La pena dans les Andes équatoriennes : étude psycho-anthropologique de la tristesse. *Culture*, 3(1), 67-78.
- Tseng, W. S. (2003). *Clinician's guide to cultural psychiatry*. Amsterdam, Pays-Bas: Academic Press.
- Tucker, C. M., Herman, K. C., Pedersen, T. R., Higley, B., Montrichard, M., & Ivery, P. (2003). Cultural sensitivity in physician-patient relationships perspectives of an ethnically diverse sample of low-income primary care patients. *Medical Care*, 41(7), 859-870.
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2014). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: A meta-analysis. *Family Practice*, 32(1), 3-15.
- US Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity. A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Auteur.
- Valéau, P., & Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76-100.
- Vatz-Laaroussi, M. (1993). Intervention et stratégies familiales en interculturel. *Service social*, 42(1), 49-62.
- Vatz-Laaroussi, M. (2001). *Le familial au cœur de l'immigration : stratégies de citoyenneté des familles immigrantes au Québec et en France*. Paris, France : Collection Espaces Interculturels, l'Harmattan.
- Vatz-Laaroussi, M. (2007). *La recherche qualitative interculturelle : une recherche engagée?* [en ligne]. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v4/laaroussi.pdf

- Vinsonneau, G. (2003). *Culture et comportement*. Paris, France : Armand Colin.
- Wachtler, C., Brorsson, A., & Troein, M. (2005). Meeting and treating cultural difference in primary care: A qualitative interview study. *Family Practice*, 23(1), 111-115.
- Wakefield, J. (2006). Fait et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable. *Philosophiques*, 33(1), 37-63.
- Whorf, B. L. (1956). *Language, thought and reality. Selected writing of Benjamin Lee Whorf*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- White, G. M., & Marsella, A. J. (1982). Introduction: Cultural conceptions in mental health research and practice. Dans A. J. Marsella & G. M. White (Éds), *Cultural conceptions of mental health and therapy* (pp. 3-38). Dordrecht: Springer.
- Wu, M. C., Kviz, F. J., & Miller, A. M. (2009). Identifying individual and contextual barriers to seeking mental health services among Korean American immigrant women. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(2), 78-85.
- Yin, R. K. (2011). *Applications of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zeller, C., & Le Hoang, T. H. (2019). Les représentations et croyances culturelles comme leviers thérapeutiques au Vietnam. *In Analysis*, 3(3), 361-367.

Appendice A
Guide des entrevues

GUIDE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

Perceptions des familles immigrantes des soins de santé mentale offerts à Montréal.

Note. Toutes nos questions font référence au vécu expérientiel des participants ayant utilisé les services de santé mentale à Montréal.

Introduction

Objectifs de l'étude

L'objectif général de la présente étude est de mieux comprendre les perceptions qu'ont les immigrants à l'égard des soins de santé mentale offerts à Montréal. Précisément, les objectifs de cette recherche sont d'explorer l'expérience des immigrants qui utilisent ou ont déjà utilisé les services de santé mentale au Québec afin de :

- Identifier les perceptions des immigrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale à Montréal;
- Documenter leurs perceptions relatives aux facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire;
- Explorer leurs perceptions à l'égard des aspects qui permettent de bénéficier d'une intervention clinique efficace et de qualité

Dans la présente étude, les participants sont des personnes nées dans un autre pays que le Canada ou des familles originaires d'un autre pays que le Canada et ayant un enfant né au Canada. La famille désigne ici la famille nucléaire (au moins deux parents et un enfant) et la famille élargie (grands parents, oncles, cousins, amis significatifs).

But de la rencontre

Recueillir des informations pertinentes en lien avec les objectifs de la présente étude.

Début de l'entrevue

Dans un premier temps, nous prenons contact avec la famille afin de créer un climat propice à ce qu'elle partage spontanément les informations utiles à cette étude.

Enregistrement des informations et confidentialité des données obtenues

Pour ne pas négliger les données précieuses que les membres de la famille vont communiquer, l'entrevue sera enregistrée selon un format de type audiovisuel.

L'anonymat de l'identité de la personne sera préservé et les renseignements recueillis demeureront confidentiels. Toutes les informations recueillies seront conservées en lieu sûr, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les informations seront détruites. Aucune donnée permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune publication.

Questions principales de la recherche à poser lors des deux entrevues :

1. Comment les immigrants perçoivent-ils l'accès aux soins de santé mentale à Montréal?
2. Quelles sont leurs perceptions à l'égard des facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale dans ce contexte montréalais?
3. Quelles sont leurs perceptions à l'égard d'une intervention clinique efficace et de qualité?

Questions spécifiques de l'entrevue

Thème 1 : Vos perceptions de l'accès aux soins :

Quels sont les mots qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsqu'est évoquée la notion suivante : « accès aux soins de santé mentale à Montréal »?

Thème 2 : Vos perceptions des facteurs qui entravent l'accès aux soins

Selon votre expérience d'utilisateurs des services de santé mentale au Québec, quels sont les obstacles récurrents qui nuisent à votre accès aux soins de santé mentale?

Avez-vous l'impression que les soins de santé mentale au Québec sont difficiles à obtenir? Complexes ou insatisfaisants? Quel est le moyen permettant de les surmonter?

Thème 3 : Vos perceptions d'une intervention efficace et de qualité

Pouvez-vous décrire les aspects positifs rencontrés au cours de votre expérience d'utilisation des services de santé mentale à Montréal?

Qu'est-ce que le clinicien a fait pour assurer une meilleure satisfaction de vos besoins lors de l'intervention clinique?

Quels aspects de la relation client-thérapeute contribuent, selon vous, à l'amélioration de la santé mentale du membre de votre famille ou de la vôtre?

Conclusion

À la fin de chaque entrevue, je vais :

- présenter aux participants un résumé global des sujets abordés durant l'entrevue en lien avec les objectifs de la présente étude.
- inviter les participants à vérifier les interprétations préliminaires et les données récoltées à la fin de l'entrevue afin d'approuver ou encore de corriger ses conclusions initiales en tant que chercheur
- leur demander s'ils ont d'autres informations à ajouter
- leur demander : « comment vous êtes-vous senti? »
- vérifier s'ils ont des questions
- exprimer ma satisfaction de l'entrevue et ma reconnaissance aux participants d'avoir bien voulu participer à la présente étude.

Appendice B
Données générales sur les membres de la famille

Données générales sur les membres de la famille

- Nombre des membres de la famille
- Nombre de membres interrogés de la famille
- Sexe
- Âge
- Origine ethnique de la famille
- Langue maternelle
- Langue parlée avec les professionnels de la santé mentale
- Nombre d'années au Québec
- Statut au Canada
- Utilisation des services de santé mentale au Québec

Appendice C

Journal de bord : quelques données du journal de bord

Étapes du processus de recherche qualitative	Avant le début de récolte de données
Notes et commentaires du chercheur	<p>Dans un contexte de recherche scientifique, mon défi est d'être entièrement orienté en premier lieu par les principes scientifiques et éthiques qui guident la recherche qualitative. Ma recherche doit alors se baser sur la réflexivité, le respect de la fidélité des données, la validité du plan de recherche, la généralisation théorique et l'objectivité (van der Maren). J'ai besoin dans un tel contexte, d'augmenter ma conscience éthique. Un autre défi est relié aux entrevues. Je dois gérer la relation chercheur-participants de manière efficace. Dans ce cas, la lecture des articles qui portent sur les principes fondamentaux de la recherche qualitative est importante. Ainsi, je dois utiliser ces principes comme des panneaux de signalisation routière.</p> <p>Il est essentiel de baser le processus de recherche sur les connaissances apprises (je vais utiliser l'entretien familial, l'entretien individuel si nécessaire pour valider un sens avec l'un des participants, le journal de bord, l'observation du non verbal et des interactions durant les entrevues, la recension des écrits, comme outils de triangulation) tout en respectant l'éthique de la recherche, les règles de l'art et les normes scientifiques reconnues, ce qui nécessite de les réviser régulièrement afin de ne pas nuire au processus de recherche ou aux participants et de ne pas m'engager dans une démarche qui va altérer les étapes de collecte et d'analyse de données. Ces deux étapes constituent deux phases très importantes. Ainsi, je dois être rigoureux quand je récolte les données, mais aussi quand je les analyse. Une lecture des études qui appliquent la méthode qualitative est donc importante afin de tenir compte des variables, citées par les chercheurs, à ne pas négliger. Par exemple, je dois noter mes préconceptions avant la rencontre des participants.</p> <p>...</p> <p>Dans tous les cas, en respectant le rythme et les capacités de contribution des participants à la démarche de recherche et en utilisant les panneaux de signalisation, je ne dois pas oublier de prendre en considération les données pertinentes des écrits consultés en psychologie interculturelle. J'ai donc besoin d'orienter ma recherche également en fonction des postulats de la psychologie interculturelle (p. ex., l'adaptation culturelle des questions à poser, la validation du sens que les participants véhiculent, les bruits linguistico-culturels, le choc culturel, l'impact du processus migratoire sur les réponses, etc.) tout en respectant les singularités, les spécificités de mes participants, ainsi que leur propre expérience qui peut être différente en contexte québécois. J'ai donc besoin de mettre en pratique ma capacité permettant de capter le message des participants de manière authentique dans son contexte et d'identifier les interrelations qui sont responsables de ce message afin que ces derniers puissent participer activement au processus de recherche.</p>

...

Mes premières préconceptions : je pense que les immigrants privilégient l'intervention familiale en contexte migratoire; qu'ils évitent en contexte migratoire l'intervention individuelle; qu'ils évitent aussi le recours aux soins de psychologie en raison des différences culturelles-religieuses et des postulats philosophiques de la psychologie occidentale. Je crois que certains utilisent la médication psychiatrique, puisqu'elle est économique. Plusieurs immigrants privilégient le recours aux cliniciens intraculturels).

Étapes du processus de recherche qualitative	Durant la collecte de données
Notes et commentaires du chercheur	<p>Quant à la rencontre avec les participants (famille 4 et 5), je me suis senti complètement, parfois, en raison de leurs réactions émotives concernant leur vécu, hors de ma zone de confort. Mais, malgré l'inconfort, il était essentiel pour moi en tant que chercheur de contrôler mes réactions et mon univers psychologique afin de créer les conditions adéquates qui permettent aux participants d'une part de se sentir à l'aise quand ils verbalisent leurs perceptions, d'échanger, en toute sérénité, et d'autre part, d'aborder le sujet de la recherche. J'ai pris le temps d'écouter les participants jusqu'à la fin de la rencontre. J'ai accordé toute mon attention à leurs propres besoins de nommer leurs émotions et pensées, en utilisant la reformulation et des questions qui visent la clarification. J'étais attentif à ce qu'ils me disaient, j'écoutais leurs messages, car je me suis dit que leur émotivité traduit fidèlement leur vécu difficile. Cette émotivité est un marqueur essentiel de plus (p. ex., les sens transmis par le non verbal, l'authenticité du vécu et de la transmission du message, etc.). En écoutant les participants, je me suis mis à leur place pour un moment. J'ai reformulé souvent par mes propres mots ce qu'ils m'ont communiqué pour valider le sens qu'ils me communiquent. J'ai leur accordé du temps pour exprimer de nouveau leurs pensées et leur expérience selon leur propres mots. J'ai respecté aussi les moments de silence et d'émotivité. J'ai donc utilisé mes connaissances cliniques en recherche.</p> <p>J'ai réalisé 6 entretiens avec les familles (J'ai interrogé 14 personnes.) et deux entretiens individuels de validation de certains sens. Je ne prévois pas d'en refaire d'autres compte tenu du principe de la saturation de données. Les mêmes réponses se répètent depuis le début.</p> <p>...</p>

Étapes du processus de recherche qualitative	Analyse de données
Notes et commentaires du chercheur	<p>Je vais débuter la phase d'analyse. J'ai déjà noté mes préconceptions. Je dois alors prendre plusieurs précautions scientifiques. Je prends en compte durant ce processus d'analyse de données que les participants constituent des représentants d'une culture minoritaire, différente de la culture du groupe majoritaire : les participants sont des immigrants. Dans ce cas, c'est l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes qui sera utilisée, et ce, en fonction des questions de recherche, du cadre conceptuel et théorique, de mes préférences en tant que chercheur, et de la contribution des participants par leurs réponses approfondies.</p> <p>...</p> <p>Je dois avant le début d'analyse apprivoiser les données collectées (entrevues, journal de bord). Je m'approprie le contenu en effectuant une lecture flottante en réécoulant les enregistrements, en lisant le contenu du journal de bord, en captant la logique des réponses obtenues. Je suis attentif à ce qui traverse mon esprit. Je classe les données tout en retenant celles qui sont plus riches.</p> <p>...</p> <p>Je considère qu'il est important de tout transcrire et de tenir compte du non verbal (le non verbal explique 90 % de la communication de la personne) et du contenu du journal de bord. La considération du sens construit au travers de mes interactions avec les participants est prise en compte aussi.</p> <p>...</p> <p>Je fais maintenant des résumés. L'unité d'analyse choisie est le paragraphe qui contient des mots et des phrases qui véhiculent le sens central (marqueurs forts : émotions vives, valeurs, groupe de mots équivalents répétitifs, argumentation, fait vécus et racontés) du discours des participants.</p> <p>...</p> <p>Coder (en utilisant un ensemble de mots) me permet de relier les paragraphes aux idées sur leurs données afin de regrouper tous les paragraphes sous le même chapeau. Cela me permet de réduire les données brutes et les différents sens que ces codes recouvrent. Ceci m'a permis de mettre l'accent sur les matrices de sens, les catégories émergentes et de repérer les liens logiques existants entre ces différentes catégories conceptualisées. Il y a donc un lien entre la manière de coder et la profondeur de l'analyse.</p> <p>...</p>

La voie d'analyse adoptée est celle selon laquelle j'élabore des portraits à partir des positions des participants et de leur argumentation utilisée. Les données du journal de bord permettent de contextualiser les catégories émergentes. Les données de ces catégories sont comprises en fonction d'une grille élaborée (événement vécu, situation souhaitée, les barrières, les facteurs nuisibles et favorables, les nuances.)

...

Pour assurer la validité interne (lien entre les données brutes et l'analyse que j'effectue), je m'assure que mes analyses soient authentiques et crédibles (réflexivité, journal de bord).

...

La validité externe du processus ou cohérence interne ou pertinence (lien entre la problématique et les résultats), compte tenu de la singularité du phénomène étudié, est garantie par mes connaissances en psychologie interculturelle, le fait que les participants constituent des personnes qui se distinguent par des caractéristiques qui font d'eux un échantillon pertinent, ce qui permet de faire des analyses pertinentes et qui permettent de supposer que les résultats peuvent ressembler à certaines conclusions d'autres chercheurs.

...

La fidélité (stabilité dans la collecte de données) est assurée par la justification des outils de collecte de données et, la saturation de données, les outils de triangulation de données. Ma subjectivité et ma perception personnelle, mes valeurs sont contrôlées par l'exercice de réflexivité, la recension des écrits, la triangulation de données, la validation avec les sujets à la fin de chaque entrevue. La mise en évidence du concept de *longue liste d'attente* fut progressive. À la suite de mes lectures et de ma recension des écrits, j'avais cerné, dans mes lectures, cette notion. Elle a été abordée par plusieurs chercheurs interculturels nord-américains. Tout de suite, le discours de mes participants m'a reconnecté aux conclusions de ces chercheurs. Les données véhiculées par mes participants montrent qu'il s'agit d'un concept important et essentiel. Mes participants confirment alors les résultats des auteurs consultés. Mais par contre, la longue liste d'attente n'est pas une réalité qui concerne seulement les immigrants du Québec, les citoyens de souche, les immigrants au Canada et aux États-Unis, etc. ainsi que leurs citoyens de souche sont aussi touchés par cette situation. C'est un concept qui revient souvent!

...

La mise en évidence aussi du concept de la *langue maternelle* fut également progressive. Depuis un certain moment, j'avais cerné, dans mes recensions des écrits, mais aussi dans mon cours de psychologie interculturelle, cette notion. Plusieurs cliniciens et auteurs insistent sur l'importance de la langue maternelle en intervention. Certains considèrent que le manque de professionnels parlant la langue maternelle des patients constitue en soi une barrière aux soins. Certains de mes participants, même si les entrevues se sont déroulées en français, me confirment que le besoin d'utiliser l'espagnol est primordial pour eux quand c'est possible en psychothérapie. Le côté affectif a besoin de cet outil qui permet aux participants de mieux s'exprimer et d'entrer en contact profondément avec leurs émotions. La langue maternelle est vitale, car elle leur permet de prendre, ce que j'appelle, une douche psychique. Cette douche psychique fait référence à l'hygiène mentale, le nettoyage de la pensée, des émotions et des affects. Liquider ses affects en sa propre langue et ses pensées est important alors pour certains participants. Ceci confirme ce que j'ai lu dans mes recherches. Ce concept joue un rôle important alors en psychothérapie. Mais c'est quand même flagrant, n'est-ce pas? D'autres participants voient dans la langue naturelle un moyen d'interagir avec d'autres et que toutes les langues naturelles maîtrisées peuvent jouer le même rôle que celui de la langue maternelle, cela me rappelle certains auteurs qui disaient que lorsque la personne parle couramment une langue X du pays hôte Y, cette langue devient sa langue maternelle, puisqu'elle lui fournit des outils équivalents à ceux de la langue de ces ancêtres. D'autres disent que manipuler la langue du pays hôte permet au patient d'avoir un pouvoir, d'être métissé (Marie-Rose Moro) et par conséquent, d'utiliser les concepts et les notions de cette langue tout en traduisant ceux de sa propre langue maternelle pour mieux investir la force et les richesses de toutes ces langues pour mieux accéder aux services. Mais je pense que lorsque tu ne vas pas bien, que tu es en colère, que tu as une humeur dépressive, le désir de parler ne peut être authentique que par la langue maternelle. Un québécois au Japon qui vit un choc émotionnel important ne sera soulagé momentanément de la pression de la colère que lorsqu'il dira Tabarnak. Ce tabarnak ressemble à l'extraction d'une dent douloureuse. Pour extraire des émotions négatives, la langue maternelle est donc essentielle.

Appendice D
Certificat d'éthique



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Perceptions des patients immigrants des soins de santé mentale reçus en contexte migratoire**

Chercheur(s) : Abdelaaziz Ourhou
Département de psychologie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : **CER-18-251-07.40**

PÉRIODE DE VALIDITÉ : **Du 26 novembre 2018 au 26 novembre 2019**

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell

Bruce Maxwell
Président du comité

FL

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 26 novembre 2018

Appendice E
Formulaire de consentement

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, [Abdelaaziz Ourhou], m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, [REDACTED], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *[Perceptions des familles immigrantes de l'accès aux soins de santé mentale offerts au Québec]*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Des consentements spécifiques doivent être obtenus pour l'accès au dossier (médical, scolaire ou autre), enregistrer ou filmer, identifier le participant, transmettre de l'information à un tiers, assurer la confidentialité lors des groupes de discussion :

- Je consens à ce que le chercheur ait accès à mon dossier médical.
 - Je consens à être enregistré/filmé.
 - J'accepte que mon intervenant transmette au chercheur les renseignements suivants : (...)
 - J'accepte que les données recueillies à mon sujet soient transmises à mon intervenant.
 - Je m'engage à respecter la confidentialité des participants et des renseignements partagés lors du groupe de discussion.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant :

Chercheur : Abdelaaziz Ourhou

Signature :

Signature :

Nom :

Nom : Abdelaaziz Ourhou

Date: _____

Date :