

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES UTILISATEURS DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE : POINT DE VUE
DES COMMUNAUTÉS IMMIGRANTES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

Par REINE GRACIA MASSAM

JUIN 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

DÉDICACE

*« Car toute grâce excellente et tout don parfait vient de toi,
C'est de toi, par toi, et pour toi que sont toutes choses. Je
ne retire donc aucune gloire de l'accomplissement de ce travail,
Car elle te revient, oui la gloire te revient. »*

Gracia Massam

À celui qui guérit les cœurs brisés,

Qui proclame aux captifs la liberté,

Et aux prisonniers la délivrance

À tous ceux qui vivent des oppressions

Et des inégalités à cause de leur race, sexe,

Culture, croyance, condition mentale ou physique,

Vous n'êtes pas seul.

À mes parents : Armel Massam et Eulodie Ngatse

À mon frère et mes sœurs : Ylane Massam, Keren Massam, Mey Massam

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à mon directeur de recherche, Henri Dorvil qui m'a accompagné pendant ces deux ans de maîtrise et qui a supervisé mes travaux comme s'ils étaient les siens. Il a su respecter mon rythme d'étudiante ambivalente, à la fois pressée de finir, mais à la fois désireuse de prendre son temps pour bien faire les choses. D'un calme et d'une discrétion qui lui sont propres, il a su croire en mon potentiel. Merci Henri.

Merci à tous les professeurs de l'UQAM de l'école du travail social auprès de qui j'ai eu l'opportunité d'en apprendre davantage sur cette belle profession et de m'avoir transmis leur passion pour le travail social et la justice sociale. Un merci particulier à Jean François René, un enseignant engagé qui a été d'un grand soutien pendant les séminaires, en prodiguant à ses étudiants des conseils qui ont facilité notre réussite. Merci également à Lilyane Rachedi et Shawn-Renée Hordyk pour leur contribution lors de ma présentation au mérite scientifique.

Merci à ma famille biologique, mes chers parents et mon frère et mes sœurs qui m'ont permis d'aller jusqu'au bout de mes études. Merci à ma famille spirituelle : José et Huguette Bro pour leur soutien spirituel et moral. Merci à mes frères et sœurs de l'église Vases d'Honneur Centre Hesed pour leurs encouragements. Un merci particulier à Priscille Djadja et Mikaelle Konan pour leur soutien constant.

Mes remerciements vont aussi à mon amoureux et mes amis : Mikael Héroux, Carole Mitori, Claudia Hodonou, Nadine Nikoé, Olivia Djobo, Georgina Babli, Élysée Nikiema, Aurélia Mantha, Mouna Rabia, Lise Hanna Aziegbo, Phyanna Yam-Kay et Rubina Nasir d'avoir été présent pour moi et de m'avoir montré la lumière au bout du tunnel.

Merci à mes collègues de l'école du travail social ; apprendre auprès d'eux a été une vraie richesse pour moi et leurs remarques constructives m'ont permis de peaufiner ce beau projet. Un merci particulier à Michelle Bhandal, devenue une amie de classe avec qui j'ai eu l'opportunité de faire plusieurs travaux d'équipe. Nous voilà enfin à la fin du chapitre.

Merci à mes collègues du centre de pédiatrie sociale Les Petits Renards auprès de qui j'ai la grâce d'améliorer ma pratique pour leurs encouragements et leurs compréhensions pour tous les 5 à 7 manqués. Enfin, merci à tous les partenaires qui m'ont aidé dans le processus du recrutement et un grand merci à tous les participants de cette recherche, votre implication est l'essence même de ce projet.

TABLES DES MATIÈRES

DÉDICACE	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	10
LEXIQUE	12
RÉSUMÉ	14
INTRODUCTION	15
PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	18
1.1 État de la question	18
1.2 Bref historique sur l’immigration et la santé mentale	19
1.3 Portrait actuel	20
1.3.1 Défis rencontrés et besoins non comblés	21
1.3.2 Système de santé et des services sociaux québécois en bref	23
1.3.3 Accessibilité au service et qualité des soins.....	24
1.4 Problématisation	26
1.4.1 Questions de recherche.....	27
1.4.2 Objectifs de la recherche	27
1.5 Pertinence de la recherche	27
CADRE THÉORIQUE	29
2.1 L’approche structurelle : une approche anti-oppressive	29
2.2 Les déterminants sociaux de la santé comme un facteur de santé	32
2.2.1 Déterminants sociaux de la santé mentale des immigrants	33
2.2.2 Le stigmate de « l’immigrant ».....	33
2.2.3 Le stigmate du problème de santé mentale	35
2.3 Santé mentale et immigration : intersectionnalité	36
2.4 Le récit de soi au cœur de l’usager expert	37
MÉTHODOLOGIE	39
3.1 Stratégie générale de la recherche	39
3.2 Critères de sélection et échantillon	40
3.2.1 Recrutement dans un contexte de pandémie	40
3.2.2 Le lieu du recrutement.....	41
3.2.3 Le consentement des personnes avec un problème de santé mentale grave	42
3.3 Collecte de données	45
3.3.1 Tableau 2 : Thèmes pour retracer le parcours migratoire	45
3.3.2 Tableau 3 : L’expérience sur les services utilisés en santé mentale.....	46

3.3.3 Tableau 4 : Appréciation des usagers sur les services.....	47
3.4 Analyse des données.....	49
3.5 Enjeux et limites.....	50
3.6 Force de l'étude.....	50
3.7 Considérations éthiques	51
<i>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....</i>	53
4.1 Le parcours migratoire	53
4.1.1 Expériences prémigratoires	53
4.2 Expériences post-migratoires.....	54
4.2.1 L'intégration : un processus ardu pour les répondants.....	56
4.3 Les services	61
4.3.1 Les croyances et les perceptions à l'égard de la santé mentale.....	62
4.3.3 L'accessibilité aux soins : écarts ou équitable?.....	63
4.3.4 Le travail du personnel soignant / rôle de l'intervenant.....	64
4.3.5 L'appréciation des services	65
4.4 Recommandations des participants	66
4.4.1 L'information sur les services offerts.....	66
4.4.2 La reconnaissance des diplômes.....	67
4.4.3 L'embauche des professionnels provenant de divers horizons	67
4.4.4 Favoriser une intervention interculturelle	68
<i>DISCUSSION.....</i>	69
5.1 La stigmatisation structurelle entourant l'immigration	70
5.1.1 Politique d'Immigration : un vecteur d'oppression.....	70
5.1.2 Déterminants sociaux de la santé des immigrants : Le contexte post-migratoire	71
5.2 La stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale	76
5.2 Les déterminants sociaux de la santé mentale.....	77
5.3 Définir l'intersectionnalité	79
5.4 Des intervenants qui agissent sur les déterminants de la santé	81
5.5 Des intervenants en contexte interculturel	83
5.6 Le rôle des organismes communautaires.....	84
<i>CONCLUSION.....</i>	86
<i>BIBLIOGRAPHIE.....</i>	90
<i>ANNEXE A</i>	102
<i>ANNEXE B</i>	106
<i>ANNEXE C</i>	112

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : **La structure du système de santé québécois**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : **Caractéristiques sociodémographiques des répondants**

Tableau 2 : **Parcours migratoires des répondants**

Tableau 3 : **Les services en santé mentale**

Tableau 4 : **Appréciation des usagers sur les services**

Tableau 5 : **Cadre théorique**

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CLSC : Centre local de services communautaires

CMQ : Centre multiethnique du Québec

CIC : Citoyenneté et Immigration Canada

CQFD : Comité québécois femmes et développement

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

ELIC : Enquête longitudinale auprès des Immigrants du Canada

ESPUM : École de santé publique de l'Université de Montréal

LSSSS : Loi sur les Services de santé et les Services sociaux

MICC : Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCASI : Ontario Council of Agencies Serving Immigrants

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PASS : Pontifical Academy of Social Sciences

RACOR : Réseau alternatif et communautaire des Organismes en santé mentale

RIFSSSO : Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario

TS : Travailleurs sociaux / travailleuses sociales

IRCC : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

IRSPUM : Institut de recherche en santé publique

LEXIQUE

Avant d’aller dans le vif du sujet, il est pertinent de définir quelques termes afin de faciliter la compréhension du plus grand nombre.

Acculturation - « Un changement à géométrie variable qui s’opère de part et d’autre entre des porteurs de culture qui entrent en contact. En contexte d’immigration, le changement est asymétrique : les groupes minoritaires, coupés de leur réseau et incités à modifier leurs façons de faire par des pressions et discriminations sont davantage touchés par l’acculturation que les membres de la société d’accueil ». (Hinse, 2015, p. 16-17).

Déterminants de la santé - Ce sont des facteurs de vie quotidienne et de l’environnement de travail d’une personne qui peuvent affecter sa santé : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, le degré de scolarité et l’alphabétisation, l’emploi et les conditions de travail, les milieux sociaux, les milieux physiques, les pratiques relatives à la santé, le sexe et la culture. (MSSS, 2010, p.5).

Discrimination - « toute distinction, conduite ou acte, intentionnel ou non, mais fondé sur la race, qui a pour effet d’imposer à une personne ou à un groupe des fardeaux particuliers et qui entrave ou restreint l’accès à des avantages dont peuvent se prévaloir les autres membres de la société. » (La Commission ontarienne des droits de la personne).

Immigrant - C’est une personne qui décide de son propre chef de quitter son pays pour s’installer de façon permanente dans un autre pays. Au Canada, un immigrant est une personne qui a choisi de s’y installer et qui a obtenu le statut de résident permanent. (RIFSSSO, 2014, p.42).

Intégration – « Un processus multidimensionnel façonné par la capacité du nouvel arrivant de s'approprier certains espaces tels que la langue française et le milieu du travail. Mais l'intégration suppose aussi de pouvoir faire la transition identitaire entre l'individu qu'il fut au pays d'origine et celui qui se construit au Québec. » (St-Denis, 2018, p.65).

Problème de santé mentale - Désigne un ensemble de problèmes affectant ce qu'on appelle l'esprit. Il s'agit de manifestations d'un dysfonctionnement psychologique et souvent biologique. Ces perturbations provoquent différentes sensations de malaises, des bouleversements émotifs et/ou intellectuels, de même que des difficultés de comportement. (Fondation des maladies mentales, dans *Arrondissement*, 2011).

Racisme - « Idéologie qui repose sur le postulat, explicite ou implicite, de la supériorité inhérente d'un groupe racialisé par rapport aux autres groupes. L'idéologie raciste se manifeste parfois ouvertement, par des insultes, des plaisanteries malicieuses ou des actes haineux. Il reste que, bien souvent, elle est profondément enracinée dans des valeurs, croyances et attitudes stéréotypées. Dans certains cas, ces croyances sont inconscientes et font partie intégrante et fondamentale de systèmes et institutions qui ont évolué avec le temps. Le racisme existe à un certain nombre de niveaux, notamment : individuel, systémique et sociétal. » (Commission ontarienne des droits de la personne).

Santé mentale - L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté. » (Gouvernement du Québec, 2020)

Stigmatisation - « La stigmatisation a été définie comme un obstacle majeur à l'accessibilité des services, aux soins et au rétablissement des personnes ayant une expérience passée ou présente de maladies mentales, de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances. Elle se manifeste à plusieurs niveaux et dans plusieurs domaines, notamment à l'intérieur du système de soins de santé. » (Commission de la santé mentale du Canada, p.1).

RÉSUMÉ

Au Canada, les statistiques révèlent que les immigrants sont touchés par des problèmes de santé mentale. Effectivement, l'expérience subjective de l'immigration peut fragiliser la santé mentale des individus. Plusieurs recherches attestent qu'il n'est pas rare de voir des individus présenter des symptômes sévères de détresse psychologique ou d'état de stress post-traumatique lié au parcours migratoire (pré et post migratoire). Malgré un nombre croissant de programmes favorisant le bien-être, les immigrants ont tendance à sous-utiliser les services en santé mentale.

Cette recherche s'intéresse particulièrement à l'accessibilité aux soins et à l'expérience subjective des immigrants en lien avec les services offerts en santé mentale. Six entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des participants issus de l'immigration et utilisateurs des services. La perspective structurelle, le cadre intersectionnel anti-oppressif, puis les concepts des déterminants sociaux de la santé et du récit de soi ont orienté cette recherche.

Les résultats montrent que la sous-utilisation des services en santé mentale est influencée par plusieurs facteurs découlant des représentations culturelles des immigrants du concept de santé mentale, du manque d'accessibilité du système de santé et des services sociaux et d'inégalités vécues par les immigrants dans le système de soins. Il en ressort de ces entrevues que pour améliorer les services de santé mentale et la pratique des professionnels, il faut agir au niveau des structures sociales. Les intervenants ont un grand rôle à jouer dans l'amélioration des pratiques. Ils doivent intervenir sur les déterminants sociaux de la santé et privilégier une intervention interculturelle pour arriver à une société et un système de santé plus égalitaire. Des pistes de réflexion et d'action sont portées à l'attention des milieux de pratique (CLSC, Hôpitaux, organismes communautaires).

MOTS CLÉS : Immigration, santé mentale, déterminants sociaux de la santé, approche anti-oppressive, intersectionnalité, interculturel, intervention sociale

INTRODUCTION

En 2011, *Bell*, une des principales compagnies de télécommunications du Canada a mis sur pied la Journée *Cause pour La Cause* afin de sensibiliser les gens sur le problème de santé mentale. L'objectif de cette journée de sensibilisation consiste à mettre fin à la stigmatisation et à encourager les personnes atteintes d'un problème de santé mentale de s'ouvrir sur leur expérience. Au Québec, le sujet étant encore tabou de nos jours, plusieurs campagnes de sensibilisation se font afin d'aller à l'encontre de la stigmatisation et de la marginalisation des personnes atteintes d'un problème de santé mentale (Radio-Canada, 2016). Cette maladie est très fréquente dans la société contemporaine actuelle. Les statistiques attestent « qu'une personne sur cinq souffrira d'une maladie de santé mentale au cours de sa vie » (Gouvernement du Québec, 2021). Cela est d'autant plus probable lorsque cette personne est exposée à un niveau de stress élevé. La population immigrante fait partie du groupe à risque de développer un problème de santé mentale en raison de tout ce qu'englobe le processus migratoire.

Les études existantes indiquent qu'au cours des neuf dernières années, la population du Canada née à l'étranger a augmenté quatre fois plus vite que celle née au Canada (Robert et Gilkinson, 2012, p.1). Le processus d'immigration et d'établissement peut être stressant et le bien-être mental et émotionnel des immigrants récents constitue un enjeu notamment lorsque la migration se combine à des facteurs anxio-gènes comme le chômage, la séparation de la famille, la discrimination, les préjugés, les obstacles linguistiques et l'absence de soutien social. L'Enquête longitudinale auprès des Immigrants du Canada (ELIC) montre qu'environ 29 % des immigrants avaient signalé avoir des problèmes psychologiques et 16 % avoir un stress élevé (Robert et Gilkinson, 2012).

Ainsi, l'expérience prémigratoire qui englobe tout le processus des démarches pour rentrer dans un nouveau pays ainsi que l'expérience postmigratoire, englobant toutes les étapes par lesquelles une personne doit passer après son entrée dans le pays d'accueil ; génèrent selon plusieurs auteurs, dont Tousignant (1992), un stress qui affecte la santé mentale des nouveaux arrivants. Le stress étant considéré comme un facteur de risque important pour

diverses maladies, notamment le problème de santé mentale, les immigrants peuvent « être menacés par le stress acculturatif, au cours du déracinement, de la réinstallation et de l'adaptation » (CIC 2012, p.2 ; Lou et Beaujot, 2005, p. 3). Ils peuvent également se heurter à de multiples défis d'adaptation comme les difficultés d'intégration qui peuvent nuire à leur santé mentale. En ce sens, les immigrants ont besoin d'utiliser les services en santé mentale pour améliorer leur bien-être.

Selon Lévesque et Rocque (2015), il est possible de constater que les immigrants arrivent généralement en bonne santé au Canada. Leur état se détériore une fois ici pour des raisons évoquées plus haut. En ce sens, ils ont besoin d'utiliser les services en santé mentale pour améliorer leur bien-être. Lévesque et Rocque (2015) rapportent aussi que plusieurs facteurs peuvent influencer l'utilisation des services de santé chez les populations immigrantes. D'une part les barrières culturelles découlant des représentations du concept de santé mentale. D'autre part, le système de santé et des services sociaux québécois ne semblent pas tenir compte de la diversité culturelle qu'il dessert. Effectivement, les professionnels de la santé souscrivent à un système de représentation du concept de la santé mentale qui est culturellement déterminé par la culture biomédicale et occidentale (Lévesque et Rocque, 2015). Pour mieux répondre aux besoins en matière de santé d'une population diversifiée, il importe aux professionnels de la santé 1) d'être conscients des représentations culturelles de la santé, particulièrement de la santé mentale des communautés immigrantes ; 2) d'être conscients des différentes formes d'inégalités existantes dans le système de soins ; 3) et de tenir compte de ces différences et améliorer leur pratique.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Le premier chapitre concerne la problématique de la recherche qui retrace les impacts de l'immigration sur la santé mentale des individus et qui dresse un portrait actuel des services offerts en santé mentale. Le deuxième chapitre développe son cadre théorique. La recherche s'appuie sur une perspective structurelle, un cadre intersectionnel anti-oppressif puis les concepts des déterminants sociaux de la santé et du récit de soi afin d'analyser l'accessibilité aux services de santé et de services sociaux ainsi que l'expérience des immigrants ayant un problème de santé mentale. Le troisième

chapitre explore la méthodologie de la recherche. Il se penche sur le processus de recrutement, les difficultés rencontrées et la taille de l'échantillon. Le chapitre qui le suit mettra l'emphase sur les résultats de la recherche. S'en suit un chapitre de discussion où les résultats obtenus seront analysés à la lumière du cadre théorique qui constitue cette étude. Enfin, en conclusion, différentes pistes de réflexion sont soulevées qui peuvent faire office de travaux futurs.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre est une recension des écrits sur les services offerts aux immigrants et de l'utilisation qu'ils en font. Avant de débiter ce chapitre, il est important de mentionner que le terme « maladie mentale » est un terme qui porte à controverse, car en arrière de cela, il y a des jugements de valeur qui peuvent porter à confusion. Depuis les 20 dernières années, le terme « problème de santé mentale » est plutôt utilisé. De ce fait, nous utiliserons le terme « problème de santé mentale » tout au long de ce texte. Nous tenons également à souligner qu'une référence du Regroupement des Intervenants et Intervenants Francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO, 2014) vient très souvent à l'appui de l'état de la question, car les résultats de leurs recherches sont un indicateur dans la problématique de notre objet de recherche et nous apportent des pistes de réflexion en lien avec notre objet de recherche.

Dans un premier temps, quelques statistiques sur l'immigration et sur les problèmes de santé mentale au Canada seront présentées. Par la suite, un portrait est dressé sur l'impact de l'immigration sur la santé mentale et sur les services offerts en santé mentale. L'utilisation actuelle des services par les personnes avec des problèmes de santé mentale sera également explorée. Enfin, la problématique du mémoire, ses objectifs et les questions qui guident cette recherche seront abordés.

1.1 État de la question

Dans une revue de littérature préparée par le RIFSSSO (2014) sur la santé mentale des immigrants, on prévoit que 20 % de la population connaîtra un problème de santé à un moment ou l'autre dans sa vie et le 80 % qui reste sera affecté par un problème de santé mentale chez un membre de la famille, un ami ou un collègue (RIFSSSO, p.1). D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) stipule que 450 millions d'individus vivent avec un trouble de santé mentale (Carle, 2015, p.5). Ce chiffre n'est que la pointe de l'iceberg, car les immigrants qui ont besoin de soins en santé mentale ne sont pas enclins à demander de l'aide en raison de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale,

le manque de services adéquats ainsi que les barrières culturelles et linguistiques (RIFSSSO, 2014, p. 1). L'accessibilité est donc une question clé pour les immigrants.

1.2 Bref historique sur l'immigration et la santé mentale

Au 18^e siècle, l'hôpital ne représentait pas un lieu de soins curatifs, mais « un lieu d'assistance sociale ; une installation de masse servant de refuge pour les malades, les vieillards, les fous, les déshérités, les orphelins et les vagabonds, rassemblés pêle-mêle dans une quasi-indifférence nosologique et sociale » (Namian, 2012, p. 29 ; Carle 2015, p. 5). L'hôpital était un lieu de « *fourre-tout* », un lieu d'enfermement des marginaux. « L'hospitalière étant d'abord là pour régler et donner des ordres, ce sont depuis jusqu'à aujourd'hui les préposés aux malades qui sont en contact quotidien avec ces malades qu'ils ne sont pas préparés à comprendre et avec lesquelles ils affirment souvent leur différence et leur sécurité psychologique par la brutalité » (Wallot, 1979, p.109). Néanmoins, au fil du temps, la mission hospitalière s'est graduellement modifiée et s'inscrit dorénavant dans la logique curative ; favorisant ainsi la guérison totale des personnes malades ou du moins, une prise en charge totale qui a pour conséquence la diminution des symptômes.

Depuis le début de la Deuxième Guerre mondiale, le rapport entre immigration et santé mentale a suscité beaucoup d'intérêt. Le taux élevé de personnes qui sont nées à l'étranger et hospitalisées pour des problèmes de santé mentale durant la période d'après-guerre a suscité diverses études dans les pays en voie de développement de l'époque, notamment aux États-Unis et au Canada (Sayeh, 1993, p.25). Les résultats des recherches ont souvent été contradictoires. Effectivement, certains pays comme les États-Unis présentaient un taux plus élevé d'admission psychiatrique tandis que les études menées en Australie et en Angleterre démontraient que ce taux variait selon le pays d'origine des immigrants. Au Canada, les résultats montraient que les taux d'hospitalisation pour les immigrants et pour les Canadiens de naissance sont semblables (Sayeh, p.25). Les études récentes indiquent que les immigrants arrivent avec une meilleure santé et une fois installés dans le pays

d'accueil, leur santé se dégrade (Kouyé et Soulière, 2018, p.131). L'immigration serait donc un facteur de risque pour les problèmes de santé mentale.

En ce sens, après la fin de la Deuxième Guerre mondiale, le Canada met en place un « *modèle canadien de la diversité* » afin de faciliter l'intégration des nouveaux arrivants dans les domaines politique, social, économique et culturel. Ce modèle repose sur certains éléments de base, dont le rapprochement des Canadiens de diverses origines, la promotion d'une culture de l'inclusion ; un engagement à défendre des valeurs fondamentales, l'égalité, le compromis et l'acceptation (Mulholland et Biles, 2004, p.6). C'est sur la base de ce modèle que les programmes d'établissement au Canada voient le jour. Depuis 1998, le gouvernement du Canada finance la prestation des services avant l'arrivée des nouveaux arrivants et l'installation au Canada de ces derniers. Les services comprennent essentiellement une évaluation des besoins, dont un suivi psychosocial au besoin, des services d'informations et d'orientation, des services liés à l'emploi, des connexions communautaires, l'interprétation et la traduction et le counseling. Toutefois, très peu utilisent ces services, particulièrement les services en santé mentale parce que les immigrants ont, entre autres, peu accès aux services spécifiques et uniques dont ils pourraient avoir besoin (RIFSSSO, 2014, p.14).

1.3 Portrait actuel

En situation d'immigration et d'intégration, « les immigrants font souvent face à certains facteurs personnels et sociaux qui ont une influence particulière sur l'état d'équilibre et de bien-être » (RIFSSSO, 2014, p.1). Pour la plupart d'entre eux, ils ont traversé des épreuves difficiles notamment des catastrophes naturelles, des guerres, de la répression, de la torture qui présentent des risques particuliers de troubles de santé mentale (RIFSSSO, p. 1). Selon les recherches, le risque de développer des problèmes de santé mentale chez les immigrants n'est pas particulièrement élevé immédiatement après l'installation dans un pays étranger. Mais, cela augmente après « une période "d'incubation" initiale » (RIFSSSO, p.14). Dans une étude portant sur la santé mentale des migrants, Baubet et Saglio-Yatzimirsky (2019) estiment qu'il existe 4 facteurs à l'origine des difficultés vécues par les immigrants : le vécu prémigratoire, le voyage, le vécu post-migratoire et les aspects transculturels. Comme

mentionné plus haut, « avant le départ, de nombreux immigrants ont vécu des événements adverses et traumatiques : persécution, guerre, violence physique, violence liée au genre (mutilations, viols, deuils de proches dans des contextes de meurtre ou de guerre, emprisonnement, famine, etc. ». Baubet et Saglio-Yatzimirsky (2019). Ces traumatismes multiples peuvent causer un trouble de stress post-traumatique complexe. Également, même si elle est volontaire, la migration en elle-même est un événement de vie particulièrement intense qui oblige les individus à des renoncements parfois douloureux. En ce qui concerne le vécu post-migratoire, une fois dans le pays hôte, les immigrants se retrouvent souvent coincés dans des politiques migratoires contraignantes qui les poussent constamment à prouver leur place, ce qui peut être une source de stress et d'anxiété. Enfin, la dimension transculturelle se traduit par le fait que les barrières de langue peuvent être un frein dans l'articulation des univers culturels et symboliques.

L'expérience prémigratoire qui englobe tout le processus des démarches pour rentrer dans un nouveau pays ainsi que l'expérience postmigratoire, englobant toutes les étapes par lesquelles une personne doit passer après son entrée dans le pays d'accueil, génère selon Tousignant (1992) un stress qui affecte la santé mentale des nouveaux arrivants. Selon d'autres auteurs, les pertes inhérentes à l'expérience prémigratoire des immigrants constituent un risque pour la santé mentale. Dans une étude portant sur la santé mentale des immigrants, Edward Ng et Haozhen Zhang (2020) révèlent que les immigrants au Canada présentaient un désavantage en matière de santé mentale en raison des inégalités vécues.

1.3.1 Défis rencontrés et besoins non comblés

Malgré de nombreux programmes mis en place pour faciliter l'intégration et l'installation des nouveaux arrivants, la majorité des nouveaux arrivants ne sont pas au courant qu'il existe des services qui leur sont offerts afin de faciliter leur arrivée. La promotion de ces services semble être inefficace (IRCC, 2018, p.65). Les nouveaux arrivants ne sont pas toujours au courant qu'il existe des organismes non gouvernementaux pour les aider dans leur recherche de logement, d'emploi, au niveau de leurs démarches administratives, etc. Robert et Gilkinson (2012) indiquent dans leur étude que le manque de connaissance du système médical représente aussi un autre défi pour les immigrants récents (Robert et

Gilkinson, p.2). Ce manque d'information génère une source supplémentaire de stress, car ils ne se préparent pas en conséquence et doivent aller chercher l'information par eux-mêmes, surtout pour ceux dont l'immigration est un choix involontaire en raison de la précarité de la situation du pays d'origine. Ainsi, plusieurs besoins se trouvent à être non comblés dans un premier temps, suivant leur séjour. D'une part parce qu'ils sont mal informés et d'autre part, parce qu'ils rencontrent des barrières d'accès à l'emploi et au revenu, des barrières d'accès au logement et des barrières d'accès aux soins de santé.

L'une des premières choses dont les nouveaux arrivants ont besoin en arrivant au Canada, c'est d'un toit surtout s'ils arrivent en période hivernale. Ensuite, ils devront trouver un moyen pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles, le cas échéant. Certains immigrants arrivent avec des économies, mais ils se rendent compte qu'elles fondent rapidement dans la nourriture et le coût du loyer. Nombreux sont ceux qui ne possèdent pas grand-chose à leurs arrivées (Mulholland et Biles, 2004, p.36).

Plusieurs études suggèrent que « le manque d'expérience de travail au Canada, la méconnaissance de l'anglais, la non-reconnaissance de leur diplôme et les démarches pour leur accréditation sont autant d'obstacles auxquels viennent se joindre d'autres problèmes comme les différentes formes de discriminations ». (Kouyé et Soulière, 2018, p.130). Ainsi, la difficulté d'insertion socioprofessionnelle associée aux différentes formes de discriminations est un obstacle que rencontrent les immigrants dans leur processus d'intégration (Kouyé et Soulière, 2018, p.130) :

« Les diplômes et l'expérience de travail canadien sont essentiels pour obtenir un emploi. Cette expérience professionnelle canadienne représente un défi majeur pour les nouveaux arrivants. Ces obstacles amènent plusieurs d'entre eux à faire des travaux de tous genres comme être domestique ou concierge avec en poche un diplôme d'études supérieures. Ce parcours est pressenti être la voie qui conduit plus tard à un travail ou un emploi décent. » (kouyé et Soulière, p.130).

Ils vivent aussi des difficultés pour se loger. Dès leur arrivée, ils doivent faire face à des loyers aux coûts élevés et au manque de disponibilité des logements subventionnés (Kouyé et Soulière, 2018, p.131). Des recherches ont indiqué aussi que l'état de santé des immigrants à leur arrivée était meilleur que celui des Canadiens. Cependant, plus les mois

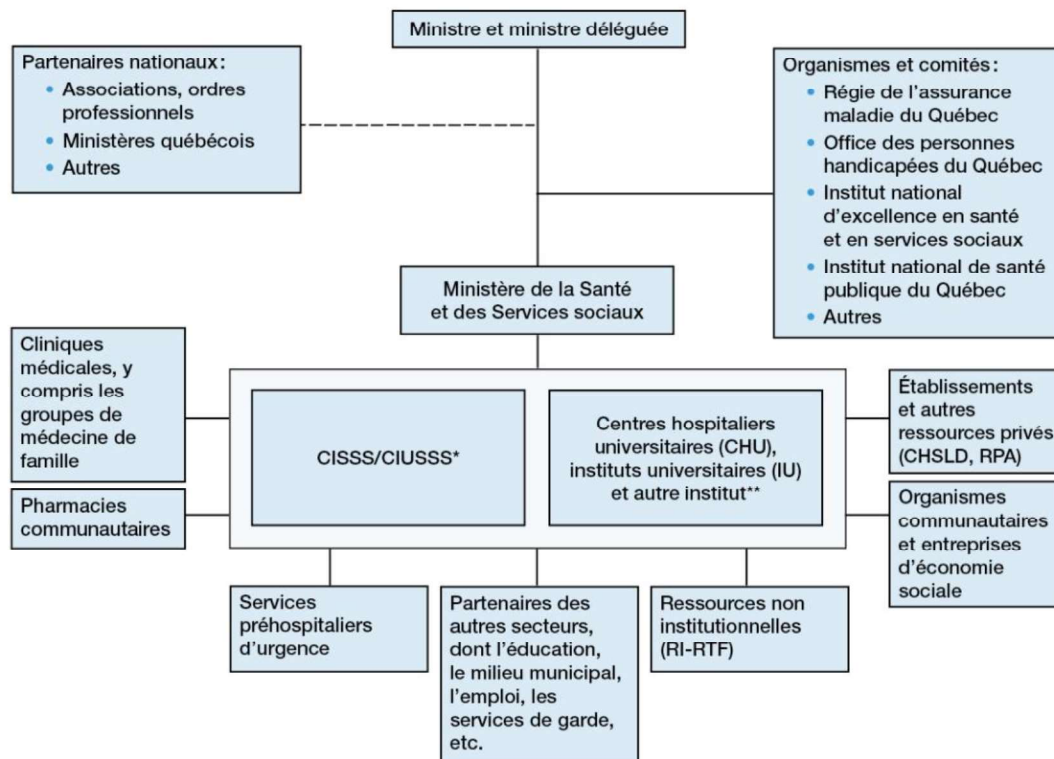
et les années s'accumulent, plus leur santé se dégrade et se rapproche de celle des non-immigrants. Les conditions de vie difficiles, la discrimination, la précarité, les traumatismes vécus dans le pays d'origine le cas échéant et le stress permanent sont des facteurs qui semblent expliquer cette dégradation de la santé des immigrants récents (Kouyé et Soulière, p.131).

1.3.2 Système de santé et des services sociaux québécois en bref

Dans une étude menée par ESPUM et l'IRSPUM (2018) sur l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec, il est dit qu'en 2015, une loi a été mise en place afin de transformer radicalement les structures et le fonctionnement du système de santé québécois. Cette loi s'intitule la « loi 10 » qui avait pour objectif de modifier « l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau » (p.5). Dès lors, des centaines d'établissements ont été fusionnés dans des Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le système québécois étant public, c'est l'État qui agit comme principal assureur et administrateur. Afin d'obtenir des services hospitaliers et médicaux, les populations doivent avoir le régime d'assurance hospitalisation et le régime d'assurance maladie. (Gouvernement du Québec, 2017, p.3).

Voici en bref en quoi consiste la structure du système de santé québécois et ce qui le compose (Gouvernement du Québec, 2017, p.5).

Figure 1 : La structure du système de santé québécois



1

Force est de constater qu’il existe une structure bien établie afin de répondre adéquatement aux besoins de la population en ce qui a trait à la santé. Néanmoins l’accessibilité aux soins reste inégale et notamment pour les populations racisées.

1.3.3 Accessibilité au service et qualité des soins

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les immigrants sont admissibles à l’assurance-maladie. Certaines provinces émettent un temps d’attente pouvant aller jusqu’à 90 jours. Pour combler ce fossé, certains centres de santé communautaires offrent des services de santé aux personnes qui n’ont pas encore leur carte d’assurance-maladie. Les centres de santé communautaires sont des organismes sans but lucratif qui fournissent des soins de

Gouvernement du Québec. (2017). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>

santé à toutes les personnes qui, autrement, auraient de la difficulté à obtenir l'aide dont elles ont besoin (Mulholland et Biles, 2004, p.67). Pour les immigrants avec un statut de réfugiés, il y a également le Programme fédéral de santé intérimaire. Il « offre une protection en matière de santé pour faire le pont entre la date d'arrivée et la date d'admissibilité aux prestations provinciales de maladie ainsi qu'une protection additionnelle limitée, une fois que le régime provincial commence » (Mulholland et Biles, p.68). Les prestations sont offertes pour une période allant jusqu'à 12-24 mois après l'arrivée. Le programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) n'est pas offert aux réfugiés qui sont en mesure de payer pour leurs propres services de soins de santé ou qui sont protégés par un régime d'assurance-maladie privée ou public (Mulholland, p.68). Dans sa recherche, Marie-Ève Carle (2015) souligne que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) indique que « le système de santé et de services sociaux vise à assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, dans tous les secteurs : public, privé et communautaire » (CSBE, 2012 ; Carle, 2015, p.11). Cette notion « d'accessibilité » réfère à l'attribut d'une institution ou d'un service pour lesquels un accès est possible. L'accès représente la possibilité d'obtenir un service de santé en présence d'un besoin ressenti et d'un désir de soins. On considère accessible une organisation de santé qui peut facilement être utilisée ; pour laquelle il y a peu de barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à son utilisation par les personnes. L'accessibilité est ainsi un jugement porté sur la possibilité et la facilité avec laquelle un service ou une ressource est utilisé (Carle, 2015 p. 11)

« En ce qui a trait sur la qualité de service, le CSBE (2012) précise que des difficultés d'accès et de continuité des services peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, ainsi que leurs familles sont aussi celles qui sont 'les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale (MSSS, 1998a) [...] l'accessibilité s'impose donc elle aussi comme une dimension déterminante d'une bonne santé mentale collective. Elle figure d'ailleurs, au même titre que la qualité des services et la continuité, au rang des priorités en matière de prise en charge de la maladie mentale (CSBE, 2012). À titre d'exemple, l'accessibilité et l'efficacité des services peuvent aider à réduire considérablement la durée d'un épisode de détresse psychologique. » (Carle, p. 12).

Comme le souligne Hinse (2015) dans une étude portant sur l'intervention sociale auprès des familles immigrantes, la loi sur les Services de santé et les Services sociaux (LSSSS) vise à maintenir et à améliorer « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (LSSSS, 2013, a.1 ; Hinse, 2015, P.12). Dans cet esprit, l'organisation est axée sur l'accessibilité et l'adaptation des services sociaux et de santé aux besoins des personnes qu'elles desservent. Étant donné la diversité culturelle et linguistique du Québec et en vertu de la loi LSSSS, les services de soins doivent « tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions [et] favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec » (LSSSS, 2013; a.2.5; 2.7 ; Hinse, 2015, p.13). Toutefois, les recherches récentes démontrent un écart entre l'énoncé de la loi LSSSS et son application. Effectivement, de nombreux services de soins de santé ne sont pas adaptés culturellement pour offrir un service de qualité aux immigrants. Le système de santé et des services sociaux québécois peine à répondre aux besoins immédiats des immigrants, plus particulièrement aux besoins des immigrants avec un problème de santé mentale.

1.4 Problématisation

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont plusieurs besoins dont recevoir des services psychosociaux pour les aider dans différents domaines comme le logement, l'aide au revenu, l'éducation, le travail et pour accéder aux ressources disponibles à l'extérieur du système de service formel comme le soutien des pairs. Même si les services sont disponibles, ils ne sont toutefois pas suffisants pour composer également avec les déterminants sociaux et économiques qui souvent l'accompagnent. Ces déterminants peuvent faire croître chez les immigrants les problèmes de santé mentale ; lesquels peuvent à leur tour être compliqués par des facteurs particuliers comme l'adaptation et le stress lié à la migration, à la discrimination et aux difficultés linguistiques (RIFSSSO, 2014, p.13).

Les recherches indiquent que les nouveaux arrivants sous-utilisent les services de santé mentale. Peu sont ceux qui demandent de l'aide. Ce sont souvent les professionnels de la santé et des services sociaux (ex. médecins de famille, travailleurs sociaux, etc.) qui dirigent ou recommandent les personnes vers les services (RIFSSSO, p.13). Tout compte fait, la recension des écrits réalisée permet de conclure sur l'importance de comprendre les raisons qui poussent les personnes immigrantes avec un problème de santé mentale à ne pas consulter un professionnel de la santé. Pour celles qui ont eu à le faire, quelles étaient leurs expériences ? De façon plus spécifique, cette étude soulève trois questions qui répondent à trois objectifs de cette recherche.

1.4.1 Questions de recherche

- 1- Quel est le parcours migratoire des usagers ?
- 2- Quels sont les services en santé mentale utilisés par ces derniers ?
- 3- Est-ce que les utilisateurs des services en santé mentale se sentent satisfaits des services ?

1.4.2 Objectifs de la recherche

- 1- Comprendre les difficultés rencontrées en lien avec le parcours migratoire.
- 2- Documenter la perception des immigrants sur le système de santé et des services sociaux québécois.
- 3- Recueillir la satisfaction des utilisateurs des services.

Ces trois questions visent à répondre à la question principale qui est : comment les immigrants perçoivent-ils les services de santé mentale québécois ?

1.5 Pertinence de la recherche

En s'intéressant à l'expérience des immigrants avec un problème de santé mentale, cette recherche souhaite contribuer à mettre en lumière les défaillances du système de santé et des services sociaux du Québec et améliorer la qualité des soins auprès des communautés immigrantes. De même, il y a une carence significative dans la littérature sur le système de santé et des services sociaux québécois qui tiennent compte de l'expérience des immigrants

avec un problème de santé mentale. Selon RIFSSSO (2014), « il existe peu d'information sur l'accessibilité du système de santé par les communautés ethnoculturelles : sur la qualité des soins qu'elles reçoivent, leur satisfaction à l'égard de ces soins et les problèmes qu'elles rencontrent dans le cadre du système lui-même. » (RIFSSSO, 2014, p. 16).

Aussi, les récits des répondants permettraient d'illustrer les effets positifs et négatifs de l'organisation des soins sur ces derniers. Leurs points de vue seraient une porte d'entrée pour favoriser l'acceptation aux soins en santé mentale et permettraient l'identification des priorités d'action en vue d'améliorer la qualité du service. Enfin, en tant qu'intervenante œuvrant dans un organisme qui compte un pourcentage assez élevé de clients issus de communautés ethnoculturelles, les données élaborées permettront d'améliorer la pratique au sein de ces derniers. En effet, au niveau de la pertinence scientifique de cette étude, il importe de souligner que de plus de plus de professionnels se forment en travail social pour accompagner les populations les plus marginalisées ou dans le besoin. La formation exige que ces derniers développent des compétences qui vont au-delà du fait d'appartenir à un ordre (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec). Les travailleurs sociaux et travailleuses sociales ou tout autre professionnel du milieu de la santé et des services sociaux (médecin, psychologue, psychiatre, etc.) exercent auprès d'une clientèle pluriethnique. Quand bien même plusieurs recherches documentent l'intervention sociale, très peu tiennent compte du vécu des immigrants avec un problème de santé mentale. Les professionnels en plus d'avoir un savoir-faire de par leur formation académique ou expérience professionnelle, ont-ils développé un savoir-être ; plus spécifiquement, ont-ils développé un savoir-être auprès des immigrants avec un problème de santé mentale ? Sans prétendre répondre à ces questions, le fait de les soulever démontre toute la pertinence de cette recherche.

Ce premier chapitre avait pour objectif d'élaborer l'objet d'étude et de faire ressortir sa pertinence. Le chapitre qui suit présentera le cadre théorique élaboré afin d'interpréter les résultats de la recherche.

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, les théories qui soutiennent la question de recherche seront présentées. Dans un premier temps, les concepts clés de ce mémoire seront définis, afin de faciliter la compréhension des tiers. Par la suite, l'approche structurelle qui est au cœur de cette recherche sera présentée. Enfin, les déterminants sociaux de la santé mentale des immigrants ainsi que l'intersectionnalité seront abordés afin de mieux comprendre l'origine des difficultés vécues par ces groupes. Le récit de soi sera également évoqué comme un concept favorisant l'émancipation des personnes usagères des services en santé mentale.

2.1 L'approche structurelle : une approche anti-oppressive

Sur le plan épistémologique, cette recherche tire ses fondements de l'approche structurelle (Moreau, 1979, 1982). Son cadre d'analyse est constitué du cadre des déterminants sociaux de la santé et de l'intersectionnalité dans lequel se greffe le concept de récit de soi.

L'approche structurelle a été élaborée par Maurice Moreau (Moreau, 1979, 1982) et les professeurs de méthodologie de l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est inspirée des perspectives et des pratiques radicales en service social. Caractérisés davantage par le militantisme et l'engagement politique, les partisans de cette approche jouaient un rôle de justice sociale en dénonçant les injustices sociales, en mobilisant les ressources et en remettant en question les structures établies (Lévesque et Panet-Raymond, 1994, p.23) :

« En prônant la mobilisation collective, en dénonçant les structures opprimantes du système, en travaillant à réduire la distance sociale entre les individus et en s'élevant contre l'idéologie dominante, l'approche structurelle s'inscrivait dans la ligne de pensée des années 70 et 80 et correspondait bien au climat de l'époque. » (Lévesque & Panet-Raymond, 1994, p.23).

Elle est donc liée aux approches dites critiques, conflictuelles et radicales (ex. antiraciste, anti-oppressives, approches féministes (Millet, 1971), antipsychiatriques (Szasz, 1976) cité

dans (Carle, 2015, p.16). L'approche structurelle fait appel à cinq pratiques interreliées : la matérialisation et la collectivisation des problèmes, la défense du client, le questionnement de l'idéologie dominante ainsi que l'augmentation (*empowerment*) du pouvoir du client (Moreau, p.1987, p.227). En ce qui concerne la matérialisation et la collectivisation des problèmes, il s'agit de percevoir les problèmes sociaux avec une vision matérialiste, collective, historique et conflictuelle. Autrement dit, il s'agit d'établir des liens entre l'organisation sociale (politique, économique, idéologique), les rapports dominants/dominés qu'elle produit et le développement de la personnalité (Moreau, p.227).

Puis, il y a aussi la défense du client qui « consiste à défendre les intérêts [du client] à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme qui l'emploie, dans la mesure où l'insuffisance des ressources des établissements visés contribue à la création ou au maintien d'une situation problème » (Moreau, 1987, p.236). Afin d'être en mesure de défendre le client, les praticiens se doivent d'être attentifs à leurs propres comportements, sentiments et idées qui pourraient contribuer à l'oppression du client. Ainsi, le questionnement de l'idéologie dominante renvoie à l'intervenant de veiller afin de ne pas renforcer ou reproduire l'idéologie et les rapports sociaux dominants à l'intérieur ou à l'extérieur de ses interventions (Moreau,1987, p.239). Enfin, l'augmentation du pouvoir d'agir dans l'approche structurelle se réfère à augmenter le pouvoir du client en lui fournissant les occasions d'un contrôle maximal de l'interaction client-organisme-intervenant. Autrement dit, on veille à l'aider à agir elle-même avant d'agir avec ou pour elle (Moreau,1987, p.240). Ainsi, le client est vu et placé comme expert de sa situation.

L'approche structurelle, dite aussi anti-oppressive s'appuie sur diverses épistémologies ancrées dans les théories sociales critiques. Ces différentes théories mettent en lumière « la façon dont les structures sociales, les institutions, les politiques, les pratiques et les processus traitent l'ensemble des groupes au sein de la société » (Mullaly, 2010, p. 20 ; Lee *et al*, 2017, p.8). Ainsi, les oppressions ne relèvent pas de l'individu, mais des rapports sociaux qui façonnent des lois, des institutions sociales en favorisant les intérêts des groupes dominants (Mullaly, 2010, p. 20 ; Lee *et al*, 2017, p. 8). Les oppressions ne sont donc pas le produit d'une seule catégorie de domination, mais elles sont reproduites par plusieurs systèmes de domination entrecroisés; aussi appelés l'intersectionnalité.

Marquée par l'analyse marxiste et par une idéologie socialiste (Lévesque & Panet-Raymond, 1994, p.25), l'approche structurelle cherche une transformation sociale des structures et de la collectivité :

« Consciente que les inégalités sociales et l'accessibilité limitée aux ressources en raison du sexe, de la classe sociale, de l'ethnicité, de la religion sont généralement causées par les structures mêmes de la société capitaliste, l'approche structurelle prône une transformation sociale pour rendre ces structures plus humaines et mieux adaptées aux personnes ». (Lévesque et Panet-Raymond, 1994, p.25).

Ainsi, l'approche structurelle cherche à modifier les structures et les organisations des parties d'un système qui contribuent à créer des inégalités entre les individus afin d'arriver à une société plus équitable et plus juste.

En lien avec l'immigration et la santé mentale, les statistiques indiquent que les immigrants utilisent moins les services de santé, dont les services de santé mentale et de prévention (RIFSSSO, 2014, p.16). Cela s'explique entre autres par le fait que les services de santé en général sont souvent mal adaptés à la diversité culturelle de la clientèle qu'ils desservent. Les obstacles à l'accès aux services sont principalement reliés à la stigmatisation, la pauvreté, le manque d'intégration entre les services de santé mentale et les services de santé (RIFSSSO, p.16). Ainsi, les immigrants sont plus touchés par la stigmatisation, la discrimination et le racisme. « L'organisation du système de santé et de services sociaux compte parmi les "opresseurs" : [l'organisation] maintiens l'ordre dans une société capitaliste fondée sur le profit, le patriarcat et la propriété privée » (Carle, 2015, p. 17). Effectivement, le système de santé et de services sociaux contribue à créer des inégalités entre les individus en appliquant une politique qui peut être discriminatoire, raciste et stigmatisation au sein des communautés ethnoculturelles :

« Les personnes migrantes qui n'ont pas de couverture médicale en raison de leur statut précaire d'immigration semblent être les cibles visées par ces politiques. En effet, au fil des années, le gouvernement québécois a érigé de nombreux obstacles pour empêcher certains migrants (et leurs enfants) d'accéder aux soins de santé. » (Bettache et Shaheen-Hussain, 2017).

Il est donc pertinent de problématiser l'expérience des immigrants aux prises avec un problème de santé mentale avec un cadre théorique axé principalement sur l'approche structurelle et sur les déterminants sociaux de la santé.

2.2 Les déterminants sociaux de la santé comme un facteur de santé

Dans une recherche de Dorvil (2007), l'auteur stipule que lorsque l'on parle des déterminants sociaux de la santé, il est primordial de dépasser le point de vue biomédical. La perspective holiste ouverte par Marcel Mauss considère la santé comme un fait social. Effectivement, « ce sont les facteurs sociaux qui seraient les plus importants déterminants de la baisse des maladies infectieuses et peut-être des maladies en général » (Dorvil, 2007, p. 22). Les facteurs doivent donc être pris en compte dans la prise en charge de la santé des individus. Le concept de déterminants sociaux de la santé « occupe une place centrale dans la nouvelle politique de santé et accorde une attention spéciale aux facteurs sociaux qui configurent la santé des gens. » (Dorvil, 2007, p. 24). Ces facteurs comme le soulève Dorvil (2007), comprennent la position sociale (éducation, revenu, pouvoir, etc.) et les conditions de vie et de travail, le réseau social de la famille et le soutien communautaire (p.24). La définition de l'OMS explique en détail en quoi consistent les déterminants sociaux de la santé.

Les déterminants sociaux de la santé sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme :

« Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre les pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir. La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel [...] Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé. » (CDSS, 2008 ; Kouyé et Soulière, 2018, p. 133).

Autrement dit, certains groupes sociaux dont les immigrants sont structurellement plus exposés que d'autres (ex. groupe majoritaire) à des conditions moins favorables à leur état de bien-être, et sont plus vulnérables à des problèmes de santé (Kouyé et Soulière, p.13). Comme mentionné plus haut, la santé mentale des immigrants est souvent fragilisée par l'expérience prémigratoire et postmigratoire et ils ne vont pas d'eux-mêmes chercher les services de santé mentale dont ils ont besoin. Aussi, le fait d'avoir un problème de santé mentale place les immigrants dans une situation délicate. Dans la littérature scientifique, plusieurs théories abordent les inégalités sociales dans le champ de la santé mentale. Une des théories porte sur l'étiquette de malade mental, le stigma qui lui est associé. Ce stigma est une barrière qui interdit à la personne atteinte d'avoir accès aux biens matériels (ex. emploi) et symboliques (estime de soi, reconnaissance sociale) (Dorvil, 2007, p.28). Dans cette perspective, la personne immigrante doit composer à la fois avec les déterminants sociaux de la santé des immigrants, mais aussi avec les déterminants sociaux de la santé mentale.

2.2.1 Déterminants sociaux de la santé mentale des immigrants

Certains individus composent avec un double ou une multiple stigmatisation en raison de leur appartenance à une minorité (culturelle, religieuse, sexuelle, etc.) (MSSS,2016, p.1). Les immigrants avec un problème de santé mentale transportent en eux deux stigmates : celui d'appartenir à une communauté ethnoculturelle et celui d'être atteint d'un problème de santé mentale. L'approche des déterminants sociaux de la santé reconnaît la qualité de la santé dont la santé mentale des personnes comme découlant d'autres aspects que les facteurs biologiques et comportementaux. Selon cette approche, la santé mentale est façonnée par des déterminants sociaux, culturels, environnementaux, politiques et économiques qui exercent une grande influence sur l'organisation et la distribution des ressources dans la société (OCASI, p.6).

2.2.2 Le stigmatisme de « l'immigrant »

« Sur le plan des maladies et à celui plus particulier, des troubles psychiques, la race, l'ethnicité s'avèrent des facteurs de différenciation importants lorsqu'ils sont associés à un niveau socioéconomique peu élevé » (Dorvil, 2007, p. 40). Les immigrants sont défavorisés

dès le départ en matière de soins de santé comparativement aux Canadiens de « souches » en raison de leur ethnie, couleur de peau, culture et barrières linguistiques. Parmi les déterminants sociaux qui font en sorte que les immigrants n'ont pas recours aux services de santé et de services sociaux sont les connaissances linguistiques. Contrairement à ce qu'ils avaient compris avant d'arriver au Canada, le fait d'être francophone n'est pas la clé qui va leur ouvrir les portes au Canada (Kouyé et Soulière, 2018, p.138). Malgré le fait que les politiques d'immigration favorisent l'arrivée d'immigrants francophones, les nouveaux arrivants qui ne parlent pas anglais vivent un obstacle majeur (Kouyé et Soulière, p. 138).

« Des études démontrent que les nouveaux arrivants qui n'ont pas de bonnes connaissances de l'anglais restent plus longtemps à l'hôpital lorsqu'ils n'arrivent pas à communiquer dans leur langue maternelle. Inversement, la qualité des soins reçus augmente lorsqu'un patient est capable de communiquer dans sa propre langue. D'ailleurs, on a remarqué chez ce groupe un plus faible taux de participation à des programmes de promotion de la santé, de prévention que la population en générale » (RIFSSSO, 2014, p.14).

Ainsi, la barrière de la langue peut empêcher une personne immigrante souffrant d'un problème de santé mentale de recourir aux services. Par ailleurs, la non-reconnaissance des diplômes, un autre déterminant social de la santé a un impact sur la santé mentale des immigrants. Dans une étude de Kouyé et Soulière (2018), il est relaté que les déterminants structurels constituent un obstacle pour l'intégration socioéconomique des nouveaux arrivants et cela affecte les conditions de vie des personnes, contribuant à augmenter leur mal être et à les rendre plus vulnérables aux problèmes de santé mentale (p.140). Carle (2015) avance quant à elle que « Durbin, Bondy et al. (2012) rapportent que le stress associé à la pauvreté, au non-emploi ou encore à de mauvaises conditions de logement peut favoriser le développement ou encore aggraver les troubles mentaux. » (Carle, 2015, p.20). Les difficultés à se loger sont également un autre déterminant de la santé qui contribue à fragiliser la santé mentale d'un individu pouvant conduire à un problème de santé mentale. Les études montrent que les immigrants peinent à trouver un logement à cause du prix excessif des loyers, mais aussi à cause de la discrimination. Un autre déterminant social sont les facteurs que Kouyé et Soulière (2018) qualifient de psychosociologiques, c'est-à-dire, des facteurs qui concernent le sentiment d'appartenance, d'inclusion et le soutien

social (p.143). De nombreux immigrants vivent isolés à cause du manque d'interaction avec les voisins, mais aussi à cause du manque de communauté.

Une autre barrière à l'accès aux soins de santé en santé mentale pour les immigrants est la peur d'être stigmatisé ou discriminé (RIFSSSO, 2014, p.14). La Commission ontarienne des droits de la personne stipule que :

« La vulnérabilité peut conduire à une mauvaise santé mentale [...] ». La stigmatisation et la marginalisation peuvent mener à l'isolement, qui est un facteur de risque important pour les troubles mentaux futurs [...] l'exposition à la violence et aux mauvais traitements peut entraîner de graves problèmes de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, des troubles psychosomatiques et de toxicomanie. De même, la santé mentale est affectée négativement lorsque l'on bafoue les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux ou quand les gens sont tenus à l'écart des études ou des occasions de tirer un revenu. » (RIFSSSO p.14).

En vivant autant de discrimination (manque de soins adaptés à la réalité culturelle, statut précaire, barrières linguistiques, etc.) dans le système de santé, peu d'immigrants demandent de l'aide lorsqu'ils font face à un problème de santé mentale. Ainsi, les déterminants sociaux de la santé (pauvreté, inégalité sociale, etc.) sont « [...] tant en amont (en tant que causes) qu'en aval (en tant que conséquences) dans la compréhension des problématiques liées à la santé mentale » (Carle, 2015, p.20).

2.2.3 Le stigmatisme du problème de santé mentale

En plus d'être discriminées par le statut d'immigrant, les communautés ethnoculturelles avec un problème de santé mentale vivent aussi de la discrimination en raison de leur maladie. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) stipule que la stigmatisation associée au problème de santé mentale, aux personnes qui en sont atteintes et aux services destinés à ces personnes est un frein à l'intégration sociale et au recours à une aide adéquate (MSSS, 2016, p.1). Les personnes atteintes d'un problème de santé mentale vivent avec le stigmatisme d'être responsables de leur maladie, de ne pas être intelligentes et d'être incapables à décider par elles-mêmes (MSSS, p.3). Comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre concernant la stigmatisation des immigrants, la stigmatisation

des personnes avec un problème de santé mentale expliquerait en partie les difficultés des personnes à accéder au marché de l'emploi ou à des logements adéquats.

Le rapport du MSSS sur la stigmatisation explique que dans le réseau de la santé et des services sociaux, les personnes qui prodiguent des soins et des services à une clientèle atteinte de problème de santé mentale peuvent adopter une attitude et un comportement stigmatisant. Les comportements stigmatisant des professionnels peuvent se manifester par des comportements discriminatoires ou injustes, le dénigrement ou le blâme, l'évitement ou encore une attitude pessimiste quant au pronostic et au rétablissement ou au potentiel de la personne (MSSS, p.5). Ces formes de discriminations affectent les personnes et peuvent entraîner une perte de confiance envers les intervenants et les services et cela peut entraîner un effet négatif sur le rétablissement de la personne.

Dans cette double stigmatisation, les immigrants sous-utilisent les services de santé mentale par rapport aux autres Canadiens parce qu'ils ne veulent pas être discriminés. Ainsi, connaître l'expérience de ceux qui ont déjà utilisé ou de ceux qui utilisent les services de santé mentale permettrait de ressortir les points positifs et négatifs, dans le but d'améliorer les services. Pour cela, les usagers des services sont les mieux placés pour partager leurs vécus et leurs expériences. Ils sont experts de leur vie et savent mieux que quiconque ce qu'il convient d'apporter comme changement aux services en santé mentale au sein d'une clientèle ethnoculturelle et d'améliorer la pratique des intervenants.

2.3 Santé mentale et immigration : intersectionnalité

Lorsque les individus vivent plusieurs oppressions comme c'est le cas d'une personne immigrante avec un problème de santé mentale, on parle alors d'intersectionnalité. L'intersectionnalité est une théorie transdisciplinaire qui tire son origine des courants féministes. Les courants féministes se concentrent sur la lutte contre le patriarcat afin de réguler les déséquilibres de rapport de pouvoir entre les femmes et les hommes. Cependant, le fait que certaines femmes subissent une multitude d'oppressions de manière simultanée et qui s'ajoutent à l'oppression déjà subie du patriarcat était moins pris en compte. C'est en 1990 que Patricia H. Collins, une théoricienne clé de la pensée féministe noire introduira le concept de « matrice des oppressions » ou de « systèmes d'oppressions entrecroisées »

pour illustrer le lien entre les différentes formes de systèmes de domination comme le racisme, le sexisme, etc. (Comité québécois femmes et développement [CQFD]). Ainsi l'intersectionnalité peut-être définie comme différentes oppressions vécues simultanément et qui ne peuvent être dissociables les unes des autres. Lorsque l'on parle d'une personne immigrante avec un problème de santé mentale, on parle de plusieurs oppressions qui s'entrecroisent, car cette personne vivra de l'oppression du fait d'être d'une race différente, d'être allophone, etc., mais aussi du fait d'avoir un problème de santé mentale. Cette double stigmatisation augmente la vulnérabilité de ces groupes de personnes et c'est pour cela que le récit est primordial dans une recherche qualitative.

2.4 Le récit de soi au cœur de l'utilisateur expert

Dans un ouvrage sur les pratiques sanitaires, Guérard (2014) stipule que les usagers sont experts. De par leurs vécus, ils connaissent mieux que les professionnels l'étendue de leurs souffrances et de leurs besoins. En matière de soins en santé mentale, les personnes aimeraient avoir un droit de parole sur leurs situations afin d'instaurer une interactivité entre ceux qui prodiguent des soins et ceux qui en reçoivent, une interactivité exempte du caractère dominé-dominant (Guérard, p.73).

De par la notion de récit de soi qui est souvent abordé dans la recherche biographique et l'approche narrative, l'individu occupe une position d'expert. Une position qui lui permet de choisir quoi dire et quoi ne pas dire, une position qui lui permet aussi d'orienter l'intervention à sa manière.

Le concept du récit de vie offre la possibilité de travailler sur la représentation qu'un individu se fait d'une situation ou sur l'interprétation que ce dernier donne sur une situation. Selon la technique d'externalisation utilisée dans l'approche narrative, le problème est le problème et non la personne. L'externalisation est donc un moyen qui donne à l'intervenant la possibilité d'encourager un usager de raconter l'histoire du problème et de se distancier du problème, ce qui lui permet d'acquérir une capacité d'action et un contrôle accru et de créer une nouvelle perspective quant à la façon de gérer ce problème ou de le surmonter. Il est donc en position d'expert.

D'ailleurs, Christine Delory-Momberger (2013) dans son texte intitulé « recherche biographique et récit de soi dans la modernité avancée » avance que le récit constitue la cible de la recherche biographique. Qu'il soit appelé récit personnel, récit biographique, récit de vie, histoire de vie ou autobiographie, le récit de soi « constitue à la fois le matériau, le support, la cible, le champ, le territoire de la recherche biographique » (Delory-Momberger, 2013, p.42).

Ainsi, la recherche biographique, de par le concept de récit de soi, permet d'analyser l'expérience subjective des personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Dans les relations thérapeutiques ou d'accompagnement au sein d'une clientèle avec une maladie de santé mentale, le récit de vie / de soi est au cœur des thérapies individuelles ou de groupe. En effet, il y a une injonction de se « raconter » dans ce genre de thérapie. Dans le cas d'une thérapie, les individus atteints d'un problème de santé mentale sont comme dans « l'obligation » de parler des symptômes de leurs maladies, des défis rencontrés dans leurs quotidiens, le regard des autres, la représentation de la société vis-à-vis de leurs conditions, etc. Parler de soi fait partie du processus de réhabilitation. Le récit permet d'accéder à la logique de l'inconscient du sujet, pouvant ainsi mener à un changement ou une thérapie. Ainsi, la pratique du récit de vie / de soi dans le cadre d'une thérapie individuelle ou de groupe se veut une démarche émancipatrice, une manière de redonner le pouvoir d'agir aux usagers.

Ce chapitre a présenté le cadre théorique élaboré pour orienter la recherche et pour en interpréter les résultats. La recherche se situe dans une approche structurale et plus précisément dans un cadre d'analyse basé sur les déterminants sociaux de la santé et l'intersectionnalité auquel s'est greffé le concept du récit de soi. Le chapitre qui suit se penchera sur la méthodologie planifiée pour la réalisation de cette recherche. Il se penchera également sur les défis rencontrés lors de la mise en œuvre de cette méthodologie.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Les deux chapitres précédents ont permis d'esquisser le portrait de cette recherche qui s'intéresse à l'accessibilité aux soins et à l'expérience des immigrants sur les services qui leur sont offerts en santé mentale. Dans les lignes qui suivent, il s'agira de voir la stratégie générale de recherche, les critères de sélection et l'échantillon, la collecte des données, la méthode d'analyse des données, les forces et les limites du projet et finalement les considérations éthiques.

3.1 Stratégie générale de la recherche

Puisqu'elle s'intéresse au point de vue des populations immigrantes ayant un problème de santé mentale, l'approche privilégiée pour cette recherche est qualitative.

La recherche qualitative a été réalisée auprès des immigrants dans un organisme communautaire. C'est sur la base d'entretien semi-dirigé que les données ont été recueillies. La méthodologie qualitative propose de multiples angles de vue pour lire le monde et interpréter les situations sociales (Charmillot et Dayer, 2007). L'approche qualitative permet de saisir les différentes réalités d'un individu et de les expliquer (Dumez, 2013) cité dans (Carle, 2015, p.25). Selon Paillé et Mucchielli (2003), les méthodes qualitatives permettent de mieux « comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale » (Paillé et Mucchielli, p.5) cité dans (Carle, 2015, p.25). L'approche qualitative permet de rentrer directement en contact avec la réalité du participant.

Étant donné que l'objectif de cette recherche est de fournir les informations nécessaires à l'énoncé d'un jugement sur l'efficacité de services offerts en santé mentale auprès des immigrants, la recherche qualitative nous semble pertinente. L'évaluation permettrait de recueillir des informations non quantifiables, telles que la satisfaction, les écarts entre objectifs visés et objectifs atteints, les effets désirés versus les effets non désirés, etc. » (Dorais, 1993, p.10). D'ailleurs, l'évaluation de la satisfaction des immigrants et des réfugiés sur les services en santé mentale est le reflet de leurs préférences, leurs perceptions

et leurs attentes personnelles face au service (ISQ, 2007, p.12). L'évaluation s'inscrira dans une dimension normative et utilitaire puisque l'on cherche à porter un jugement des services offerts en santé mentale et les données peuvent servir à bonifier le service et sensibiliser les intervenants quant à leur rôle en matière de satisfaction des usagers (Dubé, E20, PPT5).

Aussi, de par l'objectif de donner une voix aux immigrants qui utilisent les services en santé mentale, les entretiens semi-dirigés permettront d'accéder aux discours de ces personnes via le récit de soi. Effectivement, via ce concept très prisé de l'approche qualitative, le récit de soi permet d'avoir d'accéder aux expériences et aux souvenirs des participants. L'entretien semi-directif permet aussi d'accéder aux représentations culturelles et sociales que se font les participants de leurs situations. Enfin, l'entretien semi-structuré favorise une plus grande intimité que les entretiens de groupe, laissant ainsi la possibilité d'aborder des thèmes sensibles.

Le seul bémol avec la méthodologie qualitative, c'est que de par son côté subjectif, il est facile de s'y égarer. C'est pourquoi l'utilisation d'une grille d'entretiens a été nécessaire afin de recueillir des données. Cette grille permet de centraliser les informations tout en laissant le participant raconter son vécu.

3.2 Critères de sélection et échantillon

Cette recherche a été réalisée auprès d'un échantillon de six immigrants avec un problème de santé mentale selon une méthode non probabiliste.

Bien que l'immigration et la santé mentale soient de plus en plus présentes dans la société québécoise, il n'en demeure pas moins que le processus de recrutement fut ardu et très difficile. Les difficultés peuvent se regrouper dans trois catégories, à savoir : le COVID - 19, le lieu du recrutement et le consentement des personnes avec un problème de santé mentale grave.

3.2.1 Recrutement dans un contexte de pandémie

Cette recherche a eu lieu pendant que le monde actuel vit une crise sanitaire de grande envergure. La pandémie liée à la COVID-19 a des effets importants sur toutes les sphères de la vie notamment en recherche scientifique. D'une part, la crise sanitaire actuelle limite la possibilité de faire une recherche qualitative en présentiel. En effet, de nombreuses recherches en sciences humaines ou sociales requièrent de faire des entrevues avec des personnes pour collecter des données. Or, avec la pandémie, de nombreuses institutions, dont les organismes communautaires sont en télétravail ou limitent le nombre de personnes dans leurs locaux à la demande même du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ainsi, il a fallu envisager la méthode « boule de neige pour le recrutement et la collecte des données. D'autre part, plusieurs personnes voient leur santé mentale être fragilisée en raison de la pandémie. Elle crée un stress collectif qui affecte la disponibilité des personnes à répondre présent aux demandes de participation de recherche, ce qui a eu un impact sur l'échantillon de cette recherche.

3.2.2 Le lieu du recrutement

L'autre difficulté était le manque de possibilité de faire le recrutement au sein de l'organisme où travaille l'étudiante chercheuse comme intervenante. En termes de temps et d'accessibilité, c'était très pertinent. Cependant, cela soulève plusieurs enjeux éthiques. Étant donné que l'étudiante chercheuse a un très bon lien avec la clientèle desservie, cela pourrait biaiser les données et les résultats de la recherche. Aussi, si le recrutement se fait dans le milieu de pratique de l'étudiante, le risque d'avoir un échantillon non représentatif est plus élevé que dans un autre organisme, car l'étudiante risque de se retrouver avec un échantillon de femmes immigrantes aux prises avec un problème de santé mentale et qui ont utilisé ou qui utilisent les services, au lieu d'un échantillon mixte (l'étudiante travaille dans un milieu pédiatrique mixte, mais ce sont plus les mamans qui utilisent les services et non les pères) . Or, l'objet de l'étude consiste à étudier une population mixte (homme et femme). De ce fait, l'étudiante et son directeur ont convenu que le recrutement se fera dans un autre organisme communautaire.

3.2.3 Le consentement des personnes avec un problème de santé mentale grave

L'obtention du consentement étant un principe clé dans la recherche, il est primordial que celui-ci soit volontaire, libre, éclairé et continu. Cette exigence du consentement peut être complexe lorsqu'il s'agit de personnes dont la capacité à consentir est inapte en raison de la gravité du problème de santé mentale. De ce fait, une atteinte grave d'un problème de santé mentale faisait partie des critères d'exclusion dans le cadre de cette recherche. Ainsi, il a été jugé plus avantageux de sélectionner des personnes qui sont déjà aptes à consentir. Par conséquent, l'échantillon de la population parmi lequel les participants pouvaient être choisis est réduit.

En tenant compte de toutes ces limitations, le recrutement des participants a été réalisé en collaboration avec un organisme communautaire et par le procédé « boule de neige ». Les personnes sélectionnées devaient avoir les critères suivants : être âgée de 18 ans et plus, être un immigrant vivant à Montréal ou aux environs depuis au moins 2-3 ans, être aux prises avec un trouble de santé mentale et avoir fréquenté ou fréquenter un service en santé mentale. En raison des considérations d'ordre pratique, les participants sélectionnés devaient parler le français ou se débrouiller un minimum en français, car nous n'avons pas les ressources financières nécessaires pour avoir accès à un/une interprète. Aussi, la recherche est basée sur une clientèle francophone basée à Montréal, il est donc pertinent que les personnes soient francophones.

L'échantillon est composé de six personnes, dont quatre femmes et deux hommes. Le recrutement s'est effectué via un organisme communautaire qui était responsable d'annoncer l'existence de la recherche dans son établissement et de faire une liste suggérée des potentiels participants. Une fois cette liste obtenue, l'étudiante chercheuse a elle-même contacté les potentiels participants par courriel afin de vérifier que leur profil répondait aux critères de sélection et pour valider leur disponibilité. En ce qui concerne la méthode « boule de neige », l'étudiante chercheuse a été en contact avec une tierce personne qui lui a référé à d'autres personnes qui répondaient aux critères afin de constituer l'échantillon de six personnes.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants (genre, âge, pays d'origine, niveau d'éducation, état civil, ville habitée au moment de l'entrevue), leur diagnostic, le cas échéant ainsi que les services utilisés. L'échantillon se compose de six immigrants (quatre femmes et deux hommes). Deux de l'Amérique latine (Mexique et Salvador), deux du Maghreb (Maroc et Algérie), une personne du Liban et une autre du Togo/ Bénin. Âgés entre 27 et 56 ans. Trois participants sur six affirment avoir reçu un diagnostic soit de dépression, de trouble anxieux ou de schizophrénie. Les trois autres affirment ne pas avoir reçu de diagnostic, mais présenter des symptômes sévères de détresse psychologique. Certains utilisent les services en santé mentale et d'autres affirment l'avoir déjà utilisé (psychothérapie, groupe de soutien, accompagnement par un TS etc.).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Participants	Genre	Âge	Pays d'origine	Niveau d'éducation	État civil	Ville	Diagnostic	Services utilisés
participant 01	H	18-34	Salvador	Université	Célibataire	Montréal	--	Psychologue au privé
Participant 02	F	51et plus	Liban	Université	Célibataire	Montréal	--	Organismes communautaires/ accompagnement par un TS, groupe de soutien
Participant 03	F	35-50	Mexique	--	En couple	Montréal	Dépression	Psychothérapie, organismes communautaires
Participant 04	F	35-50	Togo/Benin	Collégial	Célibataire	Montréal	Trichotillomanie	CLSC Psychothérapeute au privé
Participant 05	F	18-34	Algérie	Collégial	Mariée	Montréal	Dépression	Psychothérapie CLSC
Participant 06	H	18-34	Maroc	--	Célibataire	Montréal	Schizophrénie	Psychiatrie, CLSC, organismes communautaires

On observe une grande hétérogénéité au sein de l'échantillon qui permet de faire des comparaisons en fonction des profils démographiques. L'ensemble des participants sont issus de l'immigration et ont tous utilisé des services en santé mentale. Tous les participants vivent à Montréal et tous ont été confrontés à des problèmes dans le système de santé et des services sociaux québécois.

3.3 Collecte de données

La collecte des données s'est effectuée à partir des récits de vie collectés en entrevues individuelles qualitatives semi-directives (ou semi-structurées). L'entrevue semi-dirigée est définie comme « une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur » (Savoie-Zajc, 2009, p. 340 ; Hinse, 2015, p. 56). Cette forme d'entrevue invite donc le participant à exprimer ses perceptions, ce qui répond aux objectifs de cette recherche.

Les entretiens ont été d'une durée d'une heure trente environ et ont eu lieu sur zoom et ont été enregistrés avec le consentement des participants. Bien qu'il fût nécessaire de laisser une grande latitude d'expression au participant, l'entrevue fut orientée autour d'un guide d'entretien. Le choix d'un guide d'entretien comme instrument de collecte a été choisi afin d'orienter la discussion, sans pour autant enlever sa souplesse. L'entrevue fut donc orientée autour de trois thèmes suivants : 1) leur parcours migratoire 2) leur expérience des services utilisés en santé mentale 3) leur appréciation générale des services utilisés. Ces trois grandes parties ont servi de fils conducteurs aux entretiens semi-dirigés, mais aussi de pistes aux participants afin de faciliter la « collecte et la comparaison des données sur des aspects précis de la réalité que l'on souhaite étudier » (Dorais, 1993, p.13). En partant sur ces grands thèmes, l'entrevue a bien évidemment subi des modifications en cours de route. Les questions qui ont été posées (voir annexe C), se regroupent en ces 3 thèmes.

Les tableaux suivants illustrent les thèmes qui ont été abordés.

3.3.1 Tableau 2 : Thèmes pour retracer le parcours migratoire

L'objectif ici était de documenter le parcours migratoire des participants. Les questions en lien avec l'éducation de la personne (ex. année de scolarité atteinte), les raisons de l'immigration ou les défis rencontrés (ex. difficulté de se loger, de trouver un travail, discrimination) ont été pertinents à aborder.

Tableau 2 : Parcours migratoires des répondants

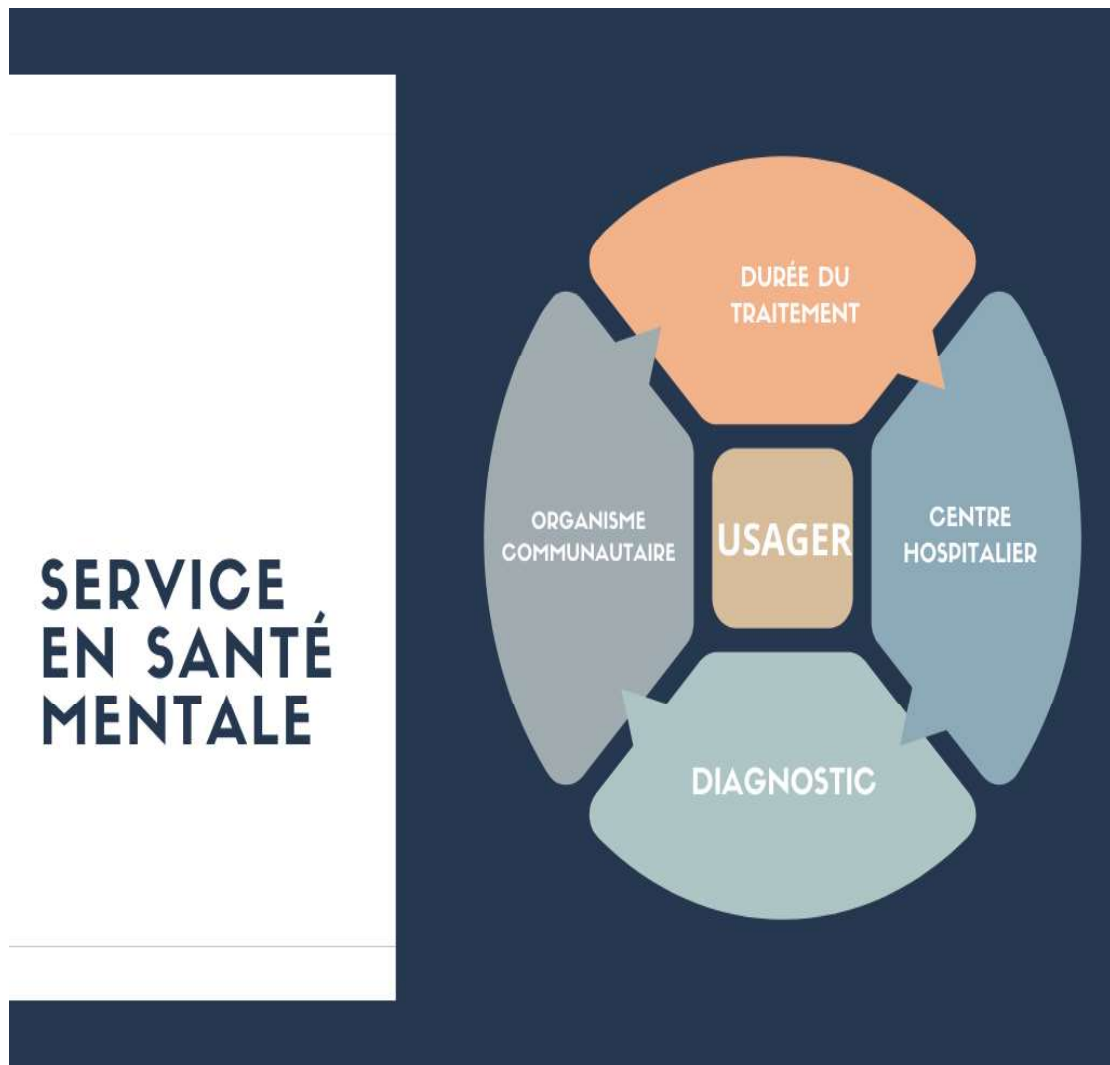


ÂGE DES RÉPONDANTS	18-25	25-35	35-45	45+
NOMBRES D'ANNÉE AU CANADA	0-6 MOIS	6 mois- 1 ans	1 ans - 2 ans	2 ans- 3 ans
STATUT D'IMMIGRANT	Résident Perm.	Réfugié		
NIVEAU DE SCOLARITÉ	Primaire	Secondaire	Cégep	Université
OBSTACLES RENCONTRÉS	Logement	Emploi	Accès aux soins	Discrimination/ racisme

3.3.2 Tableau 3 : L'expérience sur les services utilisés en santé mentale

L'objectif ici était de retracer l'expérience vécue des participants en utilisant les services en santé mentale. Il était question de s'intéresser au service reçu, le trouble identifié (diagnostic), le lieu du soin (centre hospitalier, organisme communautaire) ainsi que la durée du service, etc.

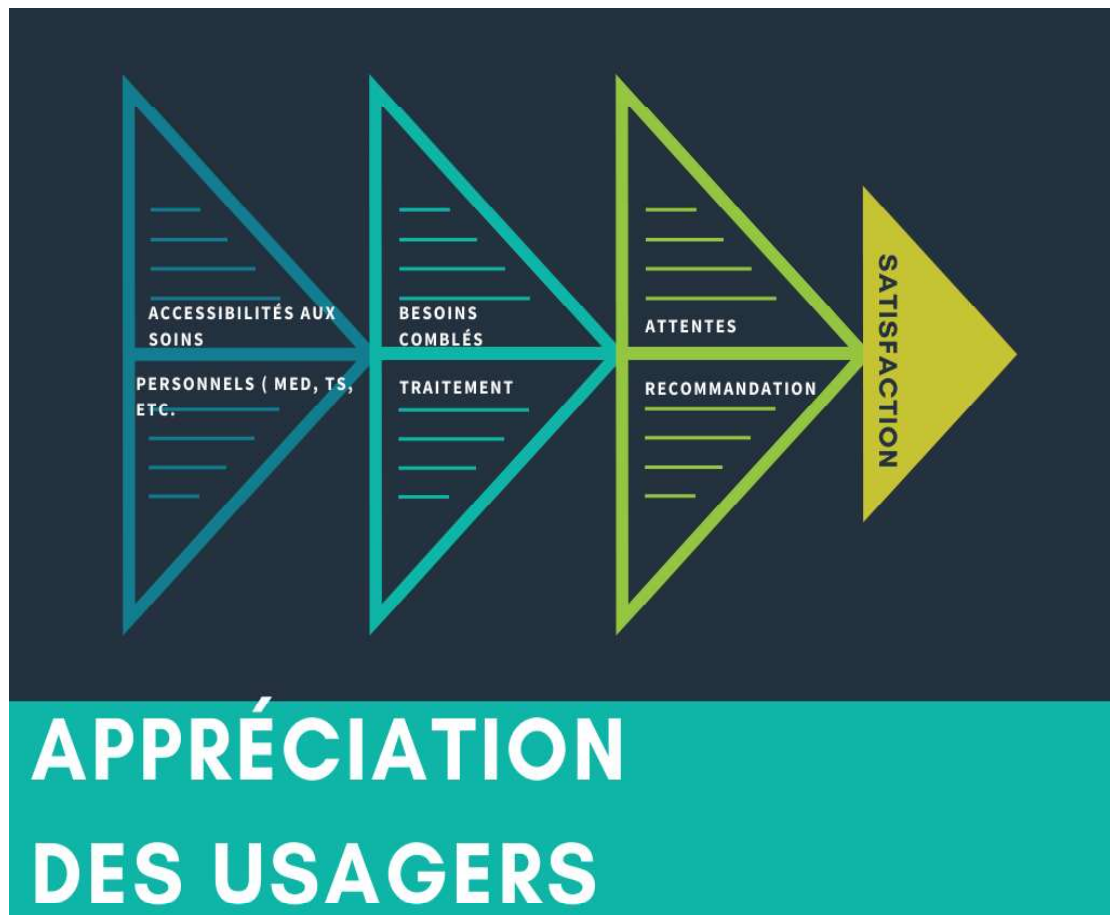
Tableau 3 : Les services en santé mentale



3.3.3 Tableau 4 : Appréciation des usagers sur les services

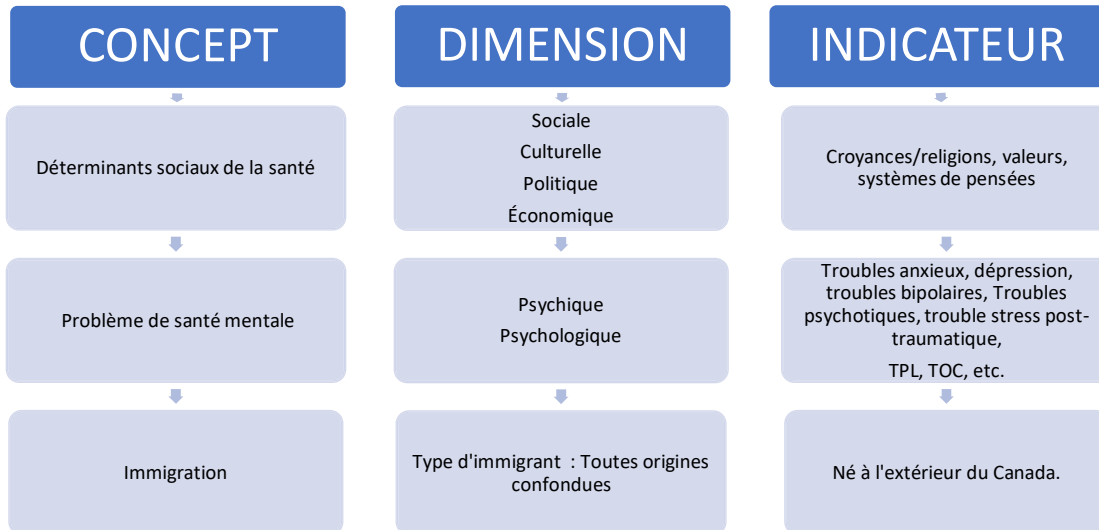
L'objectif ici était d'aller chercher le degré de satisfaction des usagers. Est-ce qu'ils sont satisfaits des services et quelles sont leurs attentes? L'utilisation d'une échelle de satisfaction comme le montre ce tableau a été envisagée.

Tableau 4 : Appréciation des usagers sur les services



Demander aux participants de relater leurs expériences en lien avec des situations dans lesquelles ils sont les experts permettait de leur laisser le pouvoir de raconter à leur façon et à leur rythme, mais surtout dans leurs mots l'expérience subjective de l'immigration et des services sociaux. Le tableau suivant montre les indicateurs qui ont été pris en compte dans la sélection des participants : nous voyons qu'il est important que les participants soient issus d'une communauté ethnoculturelle avec un problème de santé mentale. Le schéma d'entrevue était avant tout un guide, contenant des éléments clés tout en restant ouvert aux nouveaux thèmes.

Tableau 5 : Cadre conceptuel



3.4 Analyse des données

Afin d'interpréter les résultats des participants, la méthode d'analyse par thématique des données a été privilégiée dans le cadre de cette étude. D'abord, l'étudiante chercheuse a fait une préanalyse afin de dégager le sens général des entretiens et d'en ressortir les idées importantes. Cette préanalyse s'est opérée à la suite d'une lecture flottante des entretiens après chaque transcription (Hinse, 2015). Les lectures répétées ont permis à l'étudiante chercheuse de s'approprier le contenu et d'en dégager les thèmes tels que le parcours migratoire, les services reçus et l'appréciation des services ; qui orientaient les entretiens. L'encodage thématique a permis de découper le contenu par thème.

Selon Paillé et Mucchielli (2012), cette méthode se résume à « cerner, par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.235). Pour réaliser cela, une retranscription des propos recueillis en entrevue a été faite. Cela a permis de construire un portrait schématique des entrevues réalisées et de ressortir des citations de récits des participants afin de conserver la part subjective de cette recherche.

Au premier niveau, le premier thème ressorti et qui a orienté les entretiens était le parcours migratoire, ensuite l'expérience sur les services utilisés en santé mentale et enfin leur appréciation générale des services utilisés. Cette méthode d'analyse de donnée très simpliste ne permet pas d'étudier individuellement chaque entretien, mais elle a été prioriser pour des contraintes de temps et de ressources.

3.5 Enjeux et limites

En recherche qualitative, il y a un énorme facteur de subjectivité qui peut être un danger pour les chercheurs à la fois au stade de la collecte des données et lors de l'analyse des données. Dans la collecte des données, le chercheur pourrait influencer inconsciemment les réponses des répondants en fonction de sa propre opinion ou de ses sentiments (Kohn & Christiaens, 2014, p.75). La santé mentale et l'immigration étant deux sujets sensibles, le défi pour nous serait de rester objective et de ne pas introduire de biais dans la formulation de nos questions ou dans nos échanges avec les participants pour ne pas menacer le caractère scientifique de la recherche (p.75). De même, il faudrait faire attention à ce que la grille d'entretien n'oriente pas les réponses, mais soit un facilitateur, regroupé sous des thèmes pour conduire la discussion (Dorais, 1993, p.13).

« De plus, misant sur une méthode d'analyse préconisant les entretiens en profondeur et valorisant la localité des savoirs de par un échantillon restreint en taille et en diversité géographique, cette recherche n'a pas la prétention à la représentativité. De plus, l'utilisation d'entretiens semi-directifs individuels peut limiter le type d'informations partagées ainsi que la portée de la réflexion poussée par le participant, contrairement à des entrevues collectives, qui grâce à l'effet de groupe, peuvent faire émerger une discussion sur des enjeux sociaux et critiques » (St-Denis,2018, p.59).

Il y a aussi l'enjeu de la temporalité. Les entretiens ont duré entre 1h et 1h30, ce qui est demandant pour les participants.

3.6 Force de l'étude

La force principale de cette étude est l'objet de recherche. Comme mentionné au début, très peu d'études ont été réalisées sur l'appréciation des services en santé mentale chez les immigrants. Aussi, le fait de donner une voix à ces personnes constitue une force, car elle s'inscrit dans une démarche d'*empowerment* et de justice sociale.

3.7 Considérations éthiques

Cette recherche a fait appel à des sujets humains. Les répercussions possibles sur ces derniers devaient donc être prises en compte. Le projet de recherche supposait certains inconvénients pour les participants, notamment le fait d'aborder un sujet aussi sensible et personnel avec une inconnue, le temps demandé exigeait aussi que les participants puissent se libérer pour participer à la recherche. Une certification éthique émanant du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains a été nécessaire. L'étudiante chercheuse a obtenu l'approbation de la recherche par le comité d'éthique à la recherche (CER). Par cette mesure, le CER a été en mesure d'attester que l'étudiante chercheuse avait pris les moyens nécessaires pour limiter au minimum les risques pour les participants.

En ce qui concerne le consentement libre et éclairé ; chaque participant a été invité à donner son consentement écrit à prendre part à la recherche. Les participants ont eu accès au formulaire (annexe B) . L'étudiante chercheuse a envoyé un exemplaire du formulaire par courriel aux participants. Mais, étant donné que les entretiens ont eu lieu sur zoom, les participants ont préféré donner leur consentement verbalement, car cela était plus simple pour eux. Le formulaire de consentement informe les participants sur les objectifs de recherche, les inconvénients et les avantages qu'ils peuvent rencontrer. Le formulaire de consentement permet aussi de confirmer à chaque participant sa liberté de participer à la recherche ou de se retirer. Avant de donner leur consentement, les participants ont été informés que les données recueillies auprès d'eux serviraient d'abord à la réalisation d'un mémoire de maîtrise en travail social. Néanmoins, étant donné la pertinence de ce sujet, il pourrait advenir que d'autres travaux sur le même thème impliquant la participation de l'étudiante chercheuse soient envisagés. Les participants ont tous donné leur approbation à ces fins. Par ailleurs, seuls l'étudiante chercheuse et son directeur de recherche auront

accès aux données récoltées. De plus, par souci de confidentialité, le nom des participants a été modifié, faisant place à une numérotation afin d'éviter leur identification (participant numéro 01, 02, etc.). Enfin, les données seront détruites deux ans après la publication du mémoire.

Ce chapitre a mis en lumière le type de recherche privilégié, les difficultés rencontrées lors du recrutement, l'échantillonnage, la méthode de collecte des données, la méthode d'analyse ainsi que les considérations éthiques. Le chapitre qui suit présentera les résultats des données collectées.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse de contenu réalisée sur les six entrevues menées auprès des immigrants bénéficiaires des services en santé mentale dans la région de Montréal. S'inscrivant dans une perspective structurelle, cette recherche s'intéresse à la perception des immigrants sur les services reçus en santé mentale. L'analyse thématique a permis de diviser les résultats en trois grandes catégories, soient celle du parcours migratoire, les services reçus et l'appréciation des services. Les lignes qui suivent mettent en lumière ces trois thèmes et permettent une meilleure compréhension de ces derniers ainsi que de leur sous-catégorie.

4.1 Le parcours migratoire

Ce premier thème est capital, car il met en lumière le parcours migratoire des répondants. La compréhension de ce processus du parcours migratoire (expérience prémigratoire et post migratoire) est un point important dans la réflexion sur l'expérience des communautés aux prises avec un problème de santé mentale sur le système de santé et des services sociaux québécois. Lors des entrevues, les participants ont eu à expliquer la raison de leur immigration au Canada et le processus par lequel ils sont passés. Ce faisant, deux catégories imminentes sont ressorties lors de cet échange à savoir l'immigration économique et le regroupement familial. La première catégorie regroupe « les travailleurs qualifiés, les travailleurs autonomes, les entrepreneurs, les investisseurs et les aides familiaux résidants, de même que leurs dépendants » (Hinse, 2015, p.8). La deuxième catégorie regroupe les immigrants parrainés par un proche parent.

4.1.1 Expériences prémigratoires

4.1.1.1 Vers une immigration économique et une immigration planifiée

Comme vu plus haut, la première catégorie d'immigrants économique regroupe des travailleurs qualifiés. Sur les six répondants, quatre avaient ce profil. Ils sont arrivés au Québec avec des acquis et de la qualification. Ils ont un niveau scolaire et professionnel

assez appréciable. Dans une étude de Sene (2013), il est relaté que « l'immigrant quitte une carrière précaire ou plus ou moins prometteuse dans l'espoir de voir sa position économique et sociale s'améliorer dans son pays d'accueil » (Sene, 2013, p.14). En effet, les répondants de cette catégorie ont mentionné avoir fait des études, et occupaient un bon poste dans leur pays d'origine. La raison de leur départ pour le Canada, c'était pour avoir ce petit plus :

« Ce n'était pas difficile parce que mon voyage était de l'aventure plutôt qu'une quête du travail. Je prévoyais passer une année ou deux et retourner au Mexique. Mais j'ai rencontré un Québécois avec qui je suis tombée en amour. Quelques temps, je suis quand même retournée au Mexique à cause de mon père malade d'un cancer. Nous avons continué à nous appeler. Ensuite mon père est décédé, il est venu au Mexique me voir. Il a rencontré ma famille et m'a fait une demande de mariage que j'ai acceptée. C'est comme ça que je suis revenu au Canada et je me suis mariée. Donc ce n'était pas difficile parce que j'étais amoureuse, en plus je n'aimais pas la comptabilité. C'était là une opportunité d'essayer autre chose. » (Participant 03)

Il est donc possible de constater que pour certains participants, la migration était une opportunité d'essayer autre chose, de vivre une expérience nouvelle.

4.1.1.2 Le parrainage par un parent

D'autres répondants ont plutôt eu une expérience de parrainage. En effet, deux des répondants sur six sont arrivés au Québec pendant leur enfance, parrainés par leurs parents. Le parrainage s'inscrit dans le cadre du regroupement familial qui a été mis en place par le gouvernement du Québec pour faciliter les retrouvailles entre les membres de la même famille (Hinse, 2015, p.8).

Selon deux participants, le parrainage par un parent a facilité leur intégration au Canada parce qu'ils sont arrivés à un jeune âge, ce qui a facilité leur adaptation.

4.2 Expériences post-migratoires

Les répondants ont relaté que l'expérience post-migratoire a été difficile et a contribué à fragiliser leur santé mentale.

C'est par exemple le cas du participant 02, qui, au fur et à mesure qu'il faisait face à des défis d'intégration (passage de tests de français pour une personne qui avait fait toutes ses études en français, l'éloignement de sa famille restée dans le pays d'origine, etc.), a vu sa santé mentale se fragiliser.

Certains répondants mentionnent une désillusion entre leurs attentes et leur vécu post-migratoire.

« En définitive, au début, j'étais bien par la suite j'ai réalisé que le rêve américain n'existait pas. Il y a quand même des choses bien que j'aie vécu, hivers 2016, j'ai fait du bénévolat aide aux devoirs dans une communauté autochtone à La baie James. J'ai été choquée de voir beaucoup d'itinérance et je ne comprenais pas alors qu'il y a beaucoup de ressources. Je n'aurai pas cru que c'est au Canada un tel paradoxe. J'étais contente de connaître la culture autochtone. » (Participant 02)

« Au début j'étais motivé et content parce que mon père souhaitait que je poursuive mes études ici. Je suis venu avec enthousiasme. Mais après 2 ans, j'étais déprimé.» (Participant 06).

Aussi, des barrières linguistiques ont aussi été mentionnées comme frein à l'intégration :

« Au début, je ne parlais pas français, j'étais inscrite dans une classe d'accueil pour apprendre français, Je n'ai pas trop aimé ma cinquième et sixième année primaire parce que je me sentais dépaycée. Six mois plus tard je comprenais mieux. À partir de ma première année secondaire, j'avais plus de facilités et me sentais mieux intégrée. En gros, j'ai pas eu de difficulté dans ma scolarité en tant qu'immigrante. C'est plutôt maintenant que je le ressens. » (Participant 05)

Enfin, des participants ont relevé des difficultés d'intégration professionnelle et culturelle :

« Ma difficulté est vraiment dans mon choix de carrière en tant que femme voilée. » (Participant 05)

En somme, l'expérience post-migratoire montre des difficultés d'intégration sur le plan linguistique, culturel et professionnel.

4.2.1 L'intégration : un processus ardu pour les répondants

Le processus d'intégration dans le pays d'Hôte a été vécu comme une source de stress et d'angoisses chez les participants interviewés. Les témoignages rendent compte que malgré une immigration préparée ou un parrainage réussi, plusieurs facteurs contribuent à rendre l'insertion des immigrants très ardue. Parmi ces facteurs, se trouvent l'insertion socioprofessionnelle, l'insertion culturelle, l'insertion linguistique, la discrimination et le racisme.

4.2.1.1 L'insertion socioprofessionnelle

Lorsque la personne immigrante occupe un emploi, elle peut développer un réseau social et lui offre un milieu d'immersion culturelle (St-Denis, p.64). Or, dans le cas des participants, l'insertion socioprofessionnelle ne fut pas un automatisme. En raison de la non-reconnaissance des diplômes, certains d'entre eux ont dû faire une reconversion de métier :

« Au Maroc, je travaillais dans le dessin du bâtiment. À mon arrivée ici, j'ai travaillé pendant 2 ans en manufacture et j'ai obtenu mon diplôme en design intérieur. J'espère trouver un travail dans mon domaine ». (Participant 06).

D'autres encore, ont dû retourner aux études afin d'apprendre une nouvelle profession, toujours dans l'optique de faciliter leur intégration dans le pays d'accueil.

« J'ai entamé la procédure d'immigration depuis le Liban. J'ai fait un retour aux études, j'ai complété un baccalauréat en action culturelle en 2019. Je suis actuellement au programme court en éducation et environnement ». (Participant 02).

Certains participants ont verbalisé qu'un changement de métier était comme un nouveau départ pour eux, un moyen de repartir à zéro :

« Donc ce n'était pas difficile parce que j'étais amoureuse, en plus je n'aimais pas la comptabilité. C'était là une opportunité d'essayer autre chose. » (Participant 03).

Pour d'autres, cela a été vécu comme une perte identitaire :

« J'ai suivi le processus d'intégration d'un immigrant avec différents organismes. Mais je n'arrivais pas à trouver ma place. Je pense que c'est parce que j'avais laissé tomber toute mon expérience antérieure. J'ai perdu la confiance en moi malgré la persévérance » (Participant 02).

L'intégration au marché du travail a nécessité beaucoup de sacrifices chez certains des participants de l'étude. Une fois arrivés au pays d'accueil, certains participants se sont heurtés à un problème de reconnaissance de diplômes. Ils ont dû faire plusieurs démarches administratives pour soit faire reconnaître leurs diplômes/niveau de scolarité ou carrément changer de profession. D'autres participants, par contre, ont fait leurs études au Québec en raison du fait qu'ils ont immigré depuis l'enfance. Dans ce contexte, pour certains participants, le problème n'est pas tant la reconnaissance des diplômes, puisqu'ayant étudié dans un système québécois, ils avaient un niveau d'ici ; facilitant ainsi leur insertion professionnelle. Mais, le défi, dû à leur couleur de peau, leur accent ou encore leur pratique religieuse, était de trouver un emploi. L'obstacle dans ce cas, c'est la discrimination, un autre obstacle de l'intégration des immigrants dont nous aborderons plus tard. Pour l'instant, voyons un deuxième obstacle à l'insertion, à savoir l'insertion culturelle.

4.2.1.2 L'insertion culturelle

Certains répondants relataient que leur insertion culturelle au Canada fut difficile à cause des différences de valeurs entre leur pays d'origine et le Canada :

« Toutefois, ce n'est pas juste le voile, il y a aussi mon mode de vie et mes choix de famille. Dans ma culture, la religion occupe une place importante alors qu'au Québec non, même si aucune loi ne nous empêche de pratiquer notre religion, ce n'est pas pareil. Il y a aussi certaines valeurs qui sont plus prônées ou du moins acceptées au Québec qui rentre en conflit avec les valeurs de mon pays comme la consommation du porc, la place des aînés, la sexualité, l'éducation des enfants, etc. pleins de choses qui sont différentes. » (Participant 05).

« J'habite un quartier où il y a beaucoup de Magrébins, je trouve que ça apaise. Au début, en colocation avec un québécois, je sentais un peu dépaysement à cause de la différence de culture ». (Participant 06).

Une des répondantes expliquait qu'elle porte le voile et que même si cela est permis, elle ne peut pas travailler dans toutes les institutions canadiennes, car le caractère religieux est effacé des institutions.

« Après mon secondaire, mon rêve était de devenir psychoéducatrice parce que c'est un métier qui répond à mes valeurs qui sont entre autres, aider les gens. Je visais par conséquent travailler dans une école secondaire. Toutefois, lors d'une séance d'information en secondaire 5, j'ai appris que pour exercer en tant que psychoéducatrice, il fallait compléter 7 ans d'études universitaires. Cela ne répondait pas à mon plan de carrière et de famille. J'avais comme alternative, le travail social, mais comme travailleuse sociale, je prévoyais un conflit entre la responsabilité et mes valeurs religieuses musulmanes. Ce n'est pas si simple de trouver un emploi qui me permettrait de continuer à être voilée, surtout avec les dernières lois en vigueur sur le voile. » (Participant 05).

Ainsi, la pratique de la religion peut rendre difficile l'intégration sociale et culturelle des immigrants. L'autre difficulté relatée par les participants est l'insertion linguistique.

4.2.1.3 L'insertion linguistique

Certains participants ont verbalisé avoir eu des difficultés à s'intégrer à cause de la langue :

« J'ai eu des difficultés à comprendre la langue québécoise. » (Participant 06).

« Au début, je ne parlais pas français, j'étais inscrite dans une classe d'accueil pour apprendre français. Je n'ai pas trop aimé ma cinquième et sixième année primaire parce que je me sentais dépaysée. Six mois plus tard je comprenais mieux. À partir de ma première année secondaire, j'avais plus de facilités et me sentais mieux intégrée. » (Participant 05).

Chez les participants, certains relataient que ce n'était pas tant le fait d'apprendre le français qui était difficile. Parce que comme expliqué plus haut, certains sont arrivés avec un bon niveau de français, mais ils ont eu plusieurs remarques désobligeantes concernant leur accent.

« Cela fait 30 ans que j'habite ici, comme j'ai toujours l'accent mexicain, je suis traitée comme un étranger. Mais je me sens plus canadienne que mexicaine parce que j'ai plus du temps passé au Canada qu'au Mexique. Malgré cela, je me fais régulièrement questionnée comme une nouvelle arrivée, comment je trouve ici!?!? Depuis quand? Tu parles bien français... etc.. » (Participant 03).

En ce sens, les participants rapportaient que c'est plus la discrimination et le racisme vécus qui rendent l'expérience migratoire difficile et qui peut amener plusieurs maux.

4.2.1.4 Discrimination et racisme

Certains participants ont mentionné avoir eu des expériences de discrimination et de racisme.

« À l'extérieur, le Canada jouit d'une bonne réputation en termes d'accueil d'immigrant. Toutefois, il faut relativiser. Il y a du racisme. J'ai vécu des mini-agressions à cause de ma race, de mon origine africaine. » (Participant 04).

« J'ai vécu du racisme. Mais sur plan professionnel, je n'en ai pas connu. On m'a toujours donné la chance.» (Participant 03).

Comme mentionné plus haut, le racisme et la discrimination sont deux pratiques qui font obstacle à l'intégration des immigrants. Les participants à l'étude témoignent que la xénophobie (la peur de l'étranger) est une grande source de racisme. Chacun a vécu de près ou de loin du racisme ou encore de la discrimination :

« Par exemple quand je traite un dossier au téléphone avec un client, tout se passe à merveille. Il arrive qu'on passe de la simple voix en mode vidéoconférence. C'est à ce moment que je vois un effet de surprise quand les gens me découvrent voilée. Souvent s'en suit des commentaires du genre « Hah, pas pire ton accent français! » parce que je présume que pour certains, immigrant rime avec accent différent. Autre exemple, des fois en allant au parc, je vois des parents un peu réticents au départ. Mais une fois la conversation entamée et qu'ils réalisent mon accent quasi-qubécois, la réticence disparaît. Je pense qu'il existe beaucoup de préjugés sur les femmes voilées, entre autres le droit de parler aux hommes.» (Participant 05).

« Une fois en promenade avec mes amis, nous avons été abordés par deux policiers qui nous ont questionnés sur ce qu'on faisait. J'ai répondu que je marchais vers chez nous. J'ai été choqué parce qu'il n'y avait aucun motif apparent de cette interpellation. Ce genre de situation est fréquent. Autre exemple, à mon travail, une vieille madame m'aborda en espagnol. Je répondis en français à deux reprises pour la faire comprendre qu'on pouvait converser en français. » (Participant 01).

« Un cas concret, dans la recherche de mon appartement dans Villeray, un quartier à majorité « blanc ». À mon premier appel, le concierge a dit que l'appartement était libre, entre temps, j'ai donné mon nom. Quand j'ai rappelé pour planifier la visite, la même personne me dit que finalement, l'appartement est loué. Pour m'en assurer, j'ai demandé à une autre personne d'appeler pour le même appartement, on lui a répondu qu'il était toujours disponible. J'ai donc déduit que mon nom à consonance africaine était la cause du changement d'avis.» (Participant 04).

Nous voyons donc que la discrimination peut prendre plusieurs formes : discrimination au logement, discrimination professionnelle, sociale, des micro-agressions sur la culture, l'origine, l'accent ou encore les croyances religieuses.

La discrimination professionnelle aussi est un autre enjeu. L'un des participants relatait avoir de la difficulté à trouver un emploi dans la fonction publique en raison de son port de voile :

« Ma difficulté est vraiment dans mon choix de carrière en tant que femme voilée. Je suis rendu à une étape de ma vie où je ne fais plus attention à l'opinion des autres sur mon apparence. Au cas contraire, je verrai du racisme partout. Je pense que le racisme avant était sournois, mais avec les lois du gouvernement Legault, c'est devenu plus systémique. Je m'explique. Avec les restrictions entourant le voile dans certains milieux administratifs, mon choix de carrière est un peu rétréci. » (Participant 05).

Les participants ont reconnu que le parcours migratoire, notamment l'expérience post migratoire ainsi que le racisme et la discrimination, sont des éléments qui ont contribué à fragiliser leur santé mentale, voir à les voir se détériorer.

« Quand j'ai réalisé que je ne pouvais pas lier ma carrière professionnelle à ma vie privée, j'ai été déboussolée. En plus j'avais promis à mon père que je devrais finir mes études universitaires et je ne pouvais pas. Ce n'est pas comme si j'avais des difficultés d'apprentissage, j'avais toutes les capacités d'apprendre et réussir. L'échec de mon parcours professionnel m'a rendu dépressive jusqu'au point de prendre les antidépresseurs. » (Participant 04).

Nous voyons donc que le parcours migratoire des participants a été assez ardu et a contribué à fragiliser leur santé mentale, les amenant à consulter les services en santé mentale. De nombreuses inégalités sociales et économiques vécues par ces derniers ont eu des effets négatifs sur leur santé mentale et malheureusement, les services de santé mentale semblent peu appropriés pour ces populations.

4.3 Les services

Les participants à cette étude ont tous déjà utilisé les services en santé mentale au moins une fois dans leur vie. Tous, verbalisaient que certains facteurs faisaient obstacle à l'utilisation des services en santé mentale. Comme relaté dans les chapitres précédents, des études indiquent qu'au Canada, les immigrants ont tendance à sous-utiliser les services de santé mentale par rapport aux autres Canadiens. Même si les statistiques révèlent qu'ils sont touchés par des problèmes de santé mentale notamment en raison du parcours migratoire et des pratiques discriminatoires qu'ils peuvent vivre, très peu utilisent les services. Plusieurs facteurs peuvent influencer l'utilisation des services de santé professionnels chez les populations immigrantes (Lévesque et Rocque, 2015, p.70). Les participants de l'étude indiquaient que les barrières culturelles découlant des représentations du concept de santé mentale de leur pays d'origine les empêchaient d'utiliser les services. Mais qu'une fois passé ce cap, une fois qu'ils décidaient d'aller au-delà de leur représentation culturelle de la santé mentale et de chercher de l'aide, ce sont l'accessibilité aux soins et le personnel soignant (médecin, psychiatre, psychologue, intervenants, etc.) qui représentaient un obstacle et qui rendaient l'expérience négative. Sur six participants, six avouent avoir vécu des expériences négatives. Avant de se pencher sur l'accessibilité aux soins et le personnel soignant, il est primordial de comprendre les

croyances et les perceptions à l'égard de la santé mentale des participants, car comme nous le verrons, le processus pour demander de l'aide a été vraiment difficile pour certains d'entre eux à cause de ces représentations.

4.3.1 Les croyances et les perceptions à l'égard de la santé mentale

Il ne fait aucun doute que les sensibilités culturelles et les croyances religieuses jouent un rôle dans les perceptions à l'égard de la santé mentale (Santé publique Ottawa). La majorité des participants (4/6) indiquaient que le problème de santé mentale était un sujet tabou dans leur pays d'origine et qu'il était souvent interprété comme un signe de faiblesse. Beaucoup ont avoué avoir eu du mal à en parler avec les membres de leur communauté ou leur famille de peur d'être stigmatisés.

« Je ne dis pas tout à n'importe qui. J'ai la chance d'avoir des parents très attentifs, à l'écoute des enfants, surtout envers moi qui suis loin. Ils m'encouragent à consulter. Au niveau de ma communauté(africaine), je ne me sens confiante à donner ce genre d'information. La communauté n'a pas la bonne connaissance sur la santé mentale, il y a un manque d'ouverture d'esprit, « c'est une maladie des blancs ». Des préjugés « elle est faible, elle est née en France, c'est une blanche ». Et aussi, santé mentale égale folie donc voir hôpital psychiatrique. Il y a donc très peu de gens qui connaissent mon état de santé. C'est un choix justifié par les raisons que je viens d'évoquer. » (Participant 04).

« Je n'ai pas parlé de troubles alimentaires, mais dépressions, oui. À ma mère. Si je lui dis que je vais voir un psychologue, elle ne comprendra pas. Mais elle va me soutenir. » (Participant 05).

D'autres participants ont verbalisé que la santé mentale n'était pas un tabou pour eux, mais un tabou dans leur pays d'origine :

« Moi, je suis très préoccupée à la santé mentale. C'est vrai dans notre culture c'est tabou. Même ici, c'est très ouvert. J'ai découvert aussi qu'on n'est pas éduqué pour avoir une santé mentale saine. On est éduqué plutôt pour paraître et cela crée une pression en tout temps » (Participant 03).

« Ici au Québec on en parle beaucoup, c'est moins tabou qu'en Amérique latine où il y a encore beaucoup d'incompréhension » (Participant 01)

Nous voyons donc que dans certaines communautés, la santé mentale est un sujet tabou cela peut influencer la décision des personnes appartenant à ces communautés à consulter ou pas. Chez nos participants, eux tous ont décidé de consulter dans l'optique d'aller mieux. Mais même en ayant pris cette décision, les expériences furent négatives.

4.3.3 L'accessibilité aux soins : écarts ou équitable?

Certains participants rapportent qu'il est difficile d'accéder à des services d'aide en santé mentale en raison de leur revenu et de leur culture :

« Tous les immigrants de première génération commencent généralement au salaire minimum. Quand le revenu s'améliore, ils font face à d'autres défis qu'ils priorisent que de payer un spécialiste. » (Participant 03).

« Les africains n'ont pas la culture de consulter les professionnels des services sociaux (psychologue, travailleurs sociaux, etc. » (Participant 05)

Des études montrent que de nombreux facteurs font obstacle à l'accès aux services de santé, surtout aux services de santé mentale. Le revenu/statut social a un grand impact sur l'accès aux soins. Les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur sont limitées parce que le système public est saturé et que les délais d'attente pour recevoir de l'aide (comme par exemple faire une thérapie) sont très longs et le privé coûte trop cher. Le coût pour les thérapies n'est pas accessible à tous, surtout pour les immigrants dont la situation financière est souvent très précaire (Santé publique Ottawa, p.26).

L'un des participants nommait que la consultation au privé coûte trop cher, alors il mit en place des choses pour l'aider à aller mieux :

« Comme démarche personnelle, j'ai entrepris plus de lecture en psychologie en guise de formation qui m'aide à passer au travers. Je commençais à réaliser que j'en apprenais plus assez, en plus la consultation est dispendieuse. » (Participant 01).

La discrimination et le racisme sont aussi identifiés comme un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé mentale. En effet, plusieurs participants ont relaté des expériences désagréables avec les fournisseurs de services. Plusieurs ont eu le sentiment que les fournisseurs de services les jugeaient en fonction de leur culture, religion, couleur de peau ou encore leur accent. Certains participants ont verbalisé que les personnels n'étaient pas en mesure de leur offrir des soins d'une manière efficace et éclairée parce qu'ils sont mal outillés pour comprendre leurs besoins à cause des barrières culturelles.

« Je suis convaincue que culturellement, la personne ne pouvait pas m'aider. L'intervenante était québécoise, très gentille, mais ne pouvait comprendre notre logique. Par exemple, pourrait-elle comprendre des différends qui m'opposaient avec mon mari dû au fait qu'il ne pouvait admettre que je rentre tard après mes cours à l'université. Je ne me sentais à l'aise de me confier totalement à cette ressource parce que, je présumais qu'elle aurait du mal à comprendre mes réalités culturelles.» (Participant 05)

« Pour la thérapie, c'est sûr qu'on a une préférence pour quelqu'un qui vient du même coin. » (Participant 03).

La discrimination raciale et d'exclusion sociale peut amener une peur et une méfiance chez des membres de groupes racialisés à utiliser les services. L'autre obstacle est le fait que les services offerts en santé mentale ne tiennent pas compte de la diversité de cultures. Comme le relate Kafele (2004), il existe peu d'initiatives d'approche culturellement appropriées ou de promotion de services auprès des communautés racialisées.

On voit donc qu'il y a encore un manque de sensibilisation sur les besoins des populations immigrantes ou racialisées. Bien que le problème soit aussi institutionnel, les participants relatent que le personnel soignant contribue à reproduire ces inégalités institutionnelles et structurelles par leur comportement.

4.3.4 Le travail du personnel soignant / rôle de l'intervenant

Les participants sont conscients que le personnel soignant (médecin, infirmier, psychologue, psychiatre, travailleurs sociaux, etc.) joue un rôle primordial dans la prise en charge de la santé mentale. Leurs comportements peuvent être un facteur favorisant la

demande de service tout comme être un frein à cela. Tels que mentionnés plus haut, les participants disent ne pas vraiment se sentir écoutés par les professionnels qu'ils ont consultés. Certains même nomment ne pas se sentir à l'aise de se confier auprès d'une personne qui ne comprends pas leur réalité culturelle, religieuse ou encore leur croyance. Le manque de savoir-faire culturel ou d'un manque de représentation de la diversité chez le personnel soignant y joue beaucoup. Les participants verbalisent vouloir avoir plus de personnel issu d'une diversité culturelle, linguistique, religieuse, etc. Car même s'ils reconnaissent que la relation d'aide peut les aider, les participants croient aussi que la pratique de leur religion contribue à les aider dans leur difficulté.

« Avec mes petites connaissances en psychologie, je me suis créé des activités qui pouvaient m'aider. Je me suis mise à peindre, à faire beaucoup de marche, je passais beaucoup du temps avec ma famille, j'accomplissais mes désirs et ma foi en Dieu m'aide au quotidien. J'ai aussi compris que je ne pouvais pas vivre un bonheur indéterminé, mais quelques instants de celui-ci me convenaient. » (Participant 05).

En somme, les longues listes d'attente dans le réseau public, les coûts élevés dans le privé et le racisme et la discrimination rendent les services peu accessibles pour les immigrants.

4.3.5 L'appréciation des services

En ce sens, les participants verbalisent ne pas être satisfaits des services en santé mentale reçus dans le réseau public ou dans le privé. Néanmoins, ils se disent être satisfaits des services reçus par certains organismes communautaires.

Effectivement, les participants sont d'avis qu'il faut améliorer le système de santé et des services sociaux québécois. Mais, quatre participants sur six expriment avoir eu une expérience « satisfaisante » dans les organismes communautaires en raison du fait que les délais sont moins longs qu'au CLSC par exemple. Les intervenants étaient plus disponibles et les services sont plus accessibles en termes de coût. Certains participants expriment préférer les organismes communautaires que le réseau public, car le fonctionnement semble plus démocratique et propose plusieurs activités.

« Dans le système public, c'est la longue attente, dans le privé, c'est dispendieux. Rien pour encourager les nouveaux arrivants à aller consulter » (Participante 04).

« Mon psychiatre m'a suggéré de fréquenter un centre du soir consacré aux personnes ayant des difficultés mentales. Au début, je n'étais pas motivé d'y aller, mais par la suite je ne regrette pas parce que le centre offre plusieurs activités. » (Participant 06).

« Je fréquente présentement un organisme, c'est rapide pour avoir une place là-bas et on fait plein de choses en groupes. » (Participante 03).

En effet, selon le RACOR en santé mentale (réseau d'organismes communautaires en santé mentale), les organismes communautaires se caractérisent par un fonctionnement démocratique. Ils ont une vision plus égalitaire des rapports entre les intervenants et les participants. En ce sens, certains participants préfèrent les organismes communautaires.

4.4 Recommandations des participants

Il a été demandé aux participants de faire des recommandations afin d'améliorer les services. Les participants ont donné leur recommandation selon quatre axes : davantage les gens sur les services offerts, la reconnaissance des diplômes des professionnels immigrants afin de réduire les longues listes d'attente, l'embauche des professionnels provenant de divers horizons, favoriser une intervention interculturelle.

4.4.1 L'information sur les services offerts

Certains participants déplorent le fait qu'il y a un manque de promotion des services existants en santé mentale. Ils estiment qu'il serait primordial de parler davantage de santé mentale des communautés immigrantes.

« Il faudrait trouver une manière d'inciter les immigrants à parler parce que la santé mentale n'est pas dans leur culture (tabou) pour la plupart. Vulgariser en informant plus par les médias.» (Participant 01).

Effectivement, étant déjà un sujet tabou dans la société québécoise, le statut d'immigrant vient complexifier encore plus l'expérience des personnes appartenant à ce groupe. En parler davantage, permettrait de les interpeller davantage et démontrerai un souci de la société hôte de plus se préoccuper de cette population.

4.4.2 La reconnaissance des diplômes

Certains participants sont d'avis que la non-reconnaissance des diplômes étrangers contribue à augmenter le nombre du manque de personnel dans le réseau et donc à augmenter les délais d'attente. Afin de répondre à une forte demande de service, il serait pertinent de reconnaître les diplômes et l'expérience professionnelle des professionnels venus d'ailleurs.

« Je trouve qu'il n'y a pas assez de travailleurs sociaux. Quand j'en ai eu recours une fois, j'ai été merveilleusement surprise du service. Faciliter la reconnaissance des diplômes des immigrants. J'ai un ami qui a été dentiste au Mexique pendant 30 ans, ici, il travaille comme hygiéniste. C'est peut-être une politique raciste.» (Participant 03).

4.4.3 L'embauche des professionnels provenant de divers horizons

Tous les participants reconnaissent le manque de diversité dans le système de santé et des services sociaux. Ils suggèrent donc d'embaucher une main-d'œuvre plus représentative du nouveau visage québécois. Les participants déplorent le fait que peu de programmes en santé mentale fournissent un soutien clinique culturellement approprié reflétant les besoins et les problèmes particuliers des différentes communautés. En embauchant des professionnels issus, de la diversité linguistique, culturelle, religieuse et de couleur de peau favoriserait un meilleur lien de confiance entre le personnel soignant et les clients/patients. Le personnel sera plus sensible aux réalités culturelles ou raciales des clients et l'expérience de la relation d'aide serait plus positive.

« Embaucher du personnel varié(culturellement) et plus de personnel aiderait beaucoup à mon avis. Le problème part de l'embauche. Une personne qui déprime à cause du racisme blanc par exemple aura du mal à se confier à un blanc. » (Participant 05).

4.4.4 Favoriser une intervention interculturelle

Les participants expriment qu'il serait important de favoriser une intervention interculturelle en tenant compte des diversités culturelles. Par exemple, penser à intégrer l'aspect religieux dans l'élaboration du traitement chez une personne croyante, utiliser un interprète pour les personnes qui ne parle pas le français ou l'anglais, etc.

« S'il n'y a pas assez de postulants immigrants en tant qu'intervenant social, peut-être qu'il faudrait alors former les locaux de souche aux réalités des immigrants. » (Participant 05).

« Il faudrait repenser la manière de dispenser les services. On pourrait par exemple se mettre à la place d'immigrant et se poser la question à savoir qu'est-ce je souhaiterais avoir comme service dans un pays étranger? C'est paradoxal qu'on vive au Québec dans un multiculturalisme et qu'on n'arrive pas à répondre aux besoins de ces différentes cultures en termes de santé mentale. » (Participant 04).

Les commentaires et les recommandations des participants permettent au professionnel d'être plus sensible à leurs besoins et aux défis qu'ils peuvent vivre en tant qu'immigrant avec un problème de santé mentale. Le tout dans un but d'amélioration des services et des pratiques.

Ce chapitre a résumé les résultats obtenus suite aux entrevues avec les participants. Ces résultats répondent aux questions de recherche. Le chapitre qui suit discutera de ces résultats en lien avec le cadre théorique qui soutient cette recherche.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

À la lumière du cadre théorique structurel et sur les déterminants de la santé, ce chapitre interprète les résultats présentés précédemment. Lors de l'analyse des données, il est apparu que les répondants ont vu leur problème de santé mentale être détérioré par trois sphères qui ont un impact direct sur la santé mentale à savoir : le parcours migratoire, les services reçus et l'appréciation des services. Effectivement, l'immigration est parfois semée d'embûches pouvant ainsi amener les immigrants à recourir à diverses stratégies d'adaptation pour mieux s'intégrer dans le pays d'accueil. Comme mentionné par les répondants, c'est durant la période d'adaptation que la souffrance psychologique se manifeste le plus et que le besoin de consulter un professionnel de la santé se fait plus pressant. Pour les répondants, le parcours migratoire, plus particulièrement le parcours post-migratoire, est l'étape la plus difficile étant donné que leur l'intégration a été vécu difficilement notamment à cause des facteurs tels que l'insertion socioprofessionnelle, l'insertion culturelle, l'insertion linguistique ainsi que la discrimination et le racisme. Également, il est ressorti des participants que les besoins en termes de services liés à la santé mentale chez les immigrants sont très élevés. Cependant, force est de constater que malgré le besoin, il existe de multiples obstacles à l'accès aux soins et au système de santé mentale chez les populations immigrantes du Québec. Enfin, notons que les répondants de manière générale ne sont pas satisfaits des services en santé mentale reçus dans le réseau public. Par leur récit, il est possible de constater que les immigrants sont défavorisés en matière de soins de santé comparativement aux Québécois de « souches » en raison de leur ethnie, couleur de peau, culture et barrières linguistiques. Autrement dit, ils sont structurellement plus exposés que les Québécois de « souches » à des conditions moins favorables à leur état de bien-être et sont plus vulnérables à des problèmes de santé (Kouyé et Soulière, 2018, p.13). Leur vision des choses s'inscrit en cohérence avec l'approche soutenue dans ce mémoire. En effet, cette vision s'appuie sur le fait qu'il existe des inégalités en matière de soins de santé dans la société québécoise et les structures mises en place contribuent à amplifier ces inégalités.

5.1 La stigmatisation structurelle entourant l'immigration

Comme élaboré dans les chapitres précédents, les immigrants font partie des opprimés en raison de leur couleur de peau, leur culture ou encore barrières linguistiques. Les oppressions ne cessent de se transformer et de se complexifier. Il s'avère de plus en plus important dans le cadre de la formation en travail social de reconnaître les vecteurs multiples par lesquels les oppressions se manifestent et se renforcent au sein de la société québécoise (Baines, 2011 ; Mullaly, 2010 ; Caron *et al*, 2017, p.8). L'un des vecteurs par lequel les oppressions se manifestent sont les politiques d'immigration au Canada. Pour mieux comprendre la nature de cette oppression, il est primordial de comprendre la politique d'immigration comme établi par le gouvernement du Canada.

5.1.1 Politique d'Immigration : un vecteur d'oppression

La politique d'immigration peut être vue comme une manière mise en place par le gouvernement afin de contrôler par des lois et des règlements qui peut s'installer au Canada. Depuis la confédération (désigne le processus par lequel les colonies de l'Amérique du Nord britannique, soit la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Province du Canada, se sont unies pour former le Dominion du Canada.), la politique d'immigration a été conçue pour accroître la population, coloniser le pays et fournir de la main-d'œuvre et du capital financier à l'économie. La politique d'immigration a malheureusement tendance à refléter les attitudes racistes ou les préoccupations de sécurité nationale de l'époque, ce qui conduit à des restrictions discriminatoires à l'égard de certains groupes de migrants (Dirks, 2006).

En effet, en 1869, la première *Loi sur l'immigration* établit une discrimination spécifique à l'égard des personnes en raison de leur classe sociale et de leur handicap. L'immigration est également discriminatoire sur la base de la race. Effectivement, on assiste à des restrictions fondées sur la race et la religion. En 1911, le gouvernement fédéral envisage d'interdire les immigrants noirs, mais ne donne finalement pas suite à l'idée. Ces nombreuses politiques discriminatoires continuent jusqu'au milieu du 20^e siècle. Au cours

du 21^e siècle, les politiques changent, laissant place à une plus grande ouverture en matière d'immigration (Dirks, 2006).

Comme vu dans le chapitre 1, pour faciliter l'intégration des nouveaux arrivants dans le domaine politique, social, économique et culturel, le gouvernement fédéral avait mis en place un modèle basé sur le principe de diversité et d'égalité. Force est de constater que malgré une évolution des politiques migratoires, il n'en demeure pas moins que ces politiques restent discriminatoires et contribuent à l'oppression des immigrants. Effectivement, la non-reconnaissance des diplômes, la difficulté d'intégration socioprofessionnelle, de logement ou encore culturel vécu par les immigrants sont des oppressions favorisant des inégalités entre les individus. Les oppressions que vivent les immigrants (politiques d'immigration discriminantes, stigmatisation, difficulté d'insertion socioprofessionnelle, sociale, culturelle, racisme, etc.) accroissent leurs problèmes de santé mentale tels que verbalisés par les répondants. Les circonstances dans lesquelles ces immigrants vivent ou travaillent ainsi que les systèmes plus larges les entourant ont une incidence sur leurs conditions de vie. Ces déterminants sociaux de la santé peuvent accroître ou diminuer le risque de développer une maladie ou un problème associé à la santé mentale et peuvent limiter l'accès aux soins de santé mentale appropriés (Commission de la santé mentale du Canada, 2019, p.6).

5.1.2 Déterminants sociaux de la santé des immigrants : Le contexte post-migratoire

Parmi les déterminants sociaux de la santé des immigrants, nous retrouvons le revenu, la langue, la discrimination. Ces déterminants ont été évoqués de manière implicite par les répondants lorsqu'ils ont relaté les facteurs favorisant une intégration difficile dans le pays hôte.

5.1.2.1 Le Revenu

En 2016, un recensement montre une importante disparité des revenus entre les immigrants et les non-immigrants (Commission de la santé mentale du Canada, 2019, p.8). Effectivement, ayant expérimenté une insertion socioprofessionnelle difficile, la quasi-totalité des participants stipulait que l'insertion socioprofessionnelle ne fut pas un automatisme. En raison de la non-reconnaissance des diplômes, plusieurs ont dû faire une

reconversion de métier. Béji et Pellerin (2010) expliquent dans leur recherche que la déqualification professionnelle est un indicateur de vulnérabilité des immigrants sur le marché de travail. Les statistiques montrent qu'en 2006, un québécois natif avait 3 fois plus de chances d'exercer un emploi correspondant au diplôme obtenu qu'une personne immigrante (Béji et Pellerin, p.564). Il existe donc un contraste entre les acquis et leurs reconnaissances. Plus le contraste entre les acquis et leurs reconnaissances est important et plus ce contraste se prolonge dans le temps, plus il affecte négativement l'estime et la confiance en soi (Béji et Pellerin, 2010, p. 566). Une baisse d'estime et de confiance en soi peut créer un stress permanent et une anxiété de performance, amenant la personne à constamment remettre ses compétences et ses acquis en question. Pour certains de nos participants, cette déqualification professionnelle a non seulement eu un impact sur leur estime de soi, mais aussi sur leur revenu. Or, nous savons pertinemment qu'un faible revenu limite grandement l'accès à des services opportuns de santé mentale au Canada.

Effectivement, plusieurs interventions comme la psychothérapie doivent être payées de la poche des patients. Or, ce type d'intervention est coûteux et pour une personne à faible revenu, cela n'est tout simplement pas possible. Compte tenu des disparités considérables en termes de revenu entre les immigrants et québécois de « souches », les immigrants sont malheureusement un groupe touché. Ce faisant, beaucoup sont contraints de mettre un terme à leur suivi à cause de cela.

5.1.2.2 La langue

La maîtrise de « la langue française est un autre facteur facilitant l'insertion au Canada » (St-Denis, 2018, p.63) et parallèlement, l'accès aux services en santé mentale.

La maîtrise de langue est une responsabilité à fois de la personne immigrante, mais aussi à la fois de l'État. En ce qui concerne la responsabilité de la personne immigrante, elle doit faire preuve d'ouverture d'esprit et accepter d'apprendre la langue, si la personne ne parle pas français. En ce qui concerne l'État, le Québec s'est doté d'une politique linguistique ambitieuse d'intégration en français des immigrants (Pagé, 2010, p.1). Cette politique consiste à ce que le français soit la principale langue utilisée dans la communication publique (travail, dans l'enseignement, dans la communication, dans le commerce, les

affaires, etc.) sans pour autant exclure l'anglais ou encore les autres langues (Pagé, 2010, p.1). L'objectif de l'intégration linguistique des immigrants consiste à leur donner une connaissance suffisante de la langue française afin de leur permettre de s'intégrer à la société québécoise. « Ils sont ainsi conviés à contribuer à la pérennité de la culture de la société québécoise, fondée sur la langue française » (Pagé, 2010, p.6).

« L'objectif de l'intégration linguistique des immigrants est de donner à ces derniers une connaissance suffisante de la langue française pour leur permettre de s'intégrer pleinement à la société québécoise. Ils sont ainsi conviés à contribuer à la pérennité de la culture de la société québécoise, fondée sur la langue française. (Pagé, p.6). »

Il est clair que l'âge à l'arrivée et la durée de résidence dans le pays d'accueil influencent grandement l'insertion linguistique des immigrants. Parmi les participants, certains sont arrivés au Canada à un jeune âge, ils ont dû faire les classes d'accueil même s'ils parlaient déjà français afin de se familiariser avec le système scolaire québécois, mais aussi le français québécois. Dans leur cas, ils n'ont pas eu de difficulté à s'intégrer linguistiquement au Canada. Dans une étude de Piché (2016), il est relaté que le fait d'être jeune facilite l'intégration linguistique. La "rupture" du comportement linguistique semble s'effectuer dans le groupe d'âge 15-19 ans et s'expliquerait par l'ampleur des contacts des plus jeunes avec la culture environnante par le biais de l'école et des loisirs. » (Piché, 2016, p.21). Nous pouvons donc en conclure que l'arrivée dans le pays hôte à un jeune âge facilite grandement l'intégration linguistique des immigrants.

La durée de la résidence aussi constitue un facteur important pour l'intégration linguistique des immigrants. Il est clair qu'une personne qui réside au Canada depuis 5 ans aurait acquis de bonnes bases de la langue française versus une personne qui est au pays depuis 5 mois. Piché explique que « dans tous le modèle théorique, la durée de résidence constitue la pierre angulaire de toute analyse systématique de l'intégration, y compris l'intégration linguistique. » (Piché, 2016, P.20).

Ainsi, la maîtrise de la langue est un facteur important pour faciliter non seulement l'intégration dans le pays Hôte, mais aussi l'accessibilité aux services, car :

« L'accessibilité ou l'inaccessibilité à des services de santé mentale dans la langue de son choix est un indicateur d'équité quant à l'accès à des services de santé mentale et est essentielle à l'obtention de soin et de traitements adéquats » (Commission de la santé mentale du Canada, 2019, p.6).

Pour que les services de santé mentale soient accessibles, les utilisateurs du service doivent très bien connaître la langue dans laquelle ce dernier est offert. La barrière linguistique suffit parfois à empêcher les nouveaux arrivants de demander des services puisqu'ils pourraient avoir de la difficulté à s'orienter dans le système ou à exprimer leurs sentiments, leurs pensées et leurs symptômes (Commission de la santé mentale, 2019). Chez les répondants, tous avaient un bon niveau de français pour pouvoir s'orienter dans le système ou exprimer leurs sentiments. Le problème était plus au niveau de la compréhension de l'autre en raison de l'accent et des codes culturels. Certains participants ont verbalisé avoir reçu des commentaires racistes et discriminants par rapport à leur l'accent.

5.1.2.3 Discrimination et racisme

Chez les répondants de cette étude, certains relataient que ce n'était pas tant le fait d'apprendre le français qui était difficile. Parce que comme expliqué plus haut, certains sont arrivés avec un bon niveau de français, mais ils ont eu plusieurs remarques désobligeantes concernant leur accent. D'autres participants relataient avoir vécu de la discrimination dans la recherche de logement. Au Canada, de nombreuses études portant sur les expériences de discrimination lors de la recherche d'un logement stipulent que de nombreuses minorités raciales ont du mal à trouver un logement abordable ou à trouver un logement tout simplement :

« Des recherches ont montré que les immigrants font face à de multiples obstacles au cours de la recherche d'un logement abordable. Le racisme et la discrimination peuvent provenir de locateurs, d'agences de location de logements publics et privés et d'agents immobiliers, malgré l'existence de politiques de multiculturalisme et de mesures antidiscriminatoires à tous les niveaux de gouvernement. (...) La discrimination peut influencer la recherche d'un logement de multiples façons : voir sa demande refusée pour des raisons injustes, ne pas avoir accès à tous les logements disponibles, payer plus cher un logement, être ignoré par certains agents

immobiliers ou agents de location d'appartements, devoir répondre à des critères plus rigoureux pour l'obtention d'un logement, etc. » (Lemoine, 2010, p.36).

L'ensemble des discriminations vécues; qu'elle soit à cause de l'accent ou dans la recherche du logement, crée des blessures émotionnelles qui peuvent fragiliser la santé mentale d'un individu. En effet, « la discrimination est un facteur déterminant de la santé mentale dont les effets sur les populations immigrantes et radicalisées sont nombreux : traumatismes d'origine sociale, inégalités sociales et soins médicaux inadéquats » (Commission de la santé mentale du Canada, 2019, p.17). Les participants expliquent que les microagressions (échanges brefs et quotidiens, sous forme de commentaires en apparence anodins et de gestes subtils qui envoient des messages dénigrants aux personnes racisées ou de communauté culturelle autre que Québec) peuvent être blessantes. Une accumulation de ces microagressions et de discrimination peut augmenter le sentiment de crainte constante d'être rabaissé par les autres. Cette crainte peut devenir traumatisante et provoquer une forme de stress post-traumatique. Le racisme est douloureux pour celui qui le vit et les actes racistes ont été liés à des symptômes de dépression, d'anxiété, d'inquiétude, de stress, les symptômes obsessionnels compulsifs, la faible estime de soi, l'augmentation du taux d'abandon scolaire, de toxicomanie, d'agoraphobie, de paranoïa et même de psychose dans certains cas (Grundisch, 2021).

Non seulement la discrimination fragilise la santé mentale des populations immigrantes, mais elle peut aussi décourager les comportements de recherche d'aide, comme mentionnée par les répondants. Effectivement, en raison de la discrimination vécue, les immigrants vont avoir tendance à se tourner vers des services non médicaux (exemple la religion) pour aborder leurs préoccupations liées à la santé mentale en raison notamment de la discrimination vécue, mais aussi à cause de la stigmatisation structurelle qui entoure les problèmes de santé mentale (Commission de la santé mentale, 2019).

5.2 La stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale

La stigmatisation serait donc un obstacle à l'accessibilité aux services. Nous pouvons donc constater que le système de santé et des services sociaux compte parmi les « oppresseurs », favorisant ainsi les inégalités entre les individus. En effet, depuis les années 1970, nous assistons à une remise en question portant sur le système de santé et des services sociaux. Il y a de plus en plus d'interrogation quant à l'aptitude des systèmes à atteindre les objectifs fixés et quant au maintien des inégalités sociales malgré le déploiement important de service et de programmes (Paquet, 1989, p.19). Il y a une large diffusion d'informations et de l'instauration de divers programmes préventifs, néanmoins les inégalités persistent au sein du système de santé et des services sociaux (Paquet, p.15). Le système de santé et des services sociaux a mis sur pied plusieurs programmes afin de susciter l'adoption d'habitudes de vie saines : bonnes alimentations, abstention du tabac et de la drogue, activité physique, etc. Ces actions consistent à l'acquisition de connaissances, à la modification des croyances et des habitudes de vie.

Néanmoins, on constate que les personnes issues des milieux socioéconomiquement faibles sont les moins sensibles aux services préventifs et les services ou programmes offerts ne leur sont pas autant accessibles (Paquet, 1989, p.16). Il y a donc un constat d'inégalité d'accès à la santé. Plusieurs recherches attestent que des inégalités importantes continuent d'exister dans les domaines de la santé et du bien-être. En 1986, le Gouvernement du Québec dans une Commission d'enquête (Commission Rochon) identifie des indices de ces inégalités existantes au sein du système de santé : il est relaté que certains quartiers défavorisés de Montréal comptent une espérance de vie à la naissance de 13 ans inférieure à celle qui prévaut dans les quartiers riches. Une enquête Santé Québec menée en 1987 auprès de 137000 ménages indique que les pauvres et moins scolarisés semblent nettement défavorisés parce qu'ils accumulent les plus mauvaises habitudes de vie, le plus grand nombre de problèmes de santé, ils sont plus soumis au stress que l'ensemble de la population (Paquet, 1989, p.20).

Bien que le régime universel de santé et de services sociaux cherche à égaliser l'accès aux services, il n'arrive pas à égaliser l'état de la santé entre les classes sociales (Paquet, 1989, p.21). Le faible statut socio-économique touche majoritairement les personnes

immigrantes, car leur installation dans le pays d'accueils se fait progressivement, et en raison de nombreuses inégalités vécues, la plupart ont un faible statut socio-économique. Lorsque nous rajoutons à cela d'autres facteurs de vulnérabilité tels que la santé mentale, nous constatons que les écarts sont encore plus élevés que la population générale. Les personnes immigrantes doivent composer avec plusieurs inégalités, ce qui fragilise non seulement leur santé mentale, mais aussi l'accès au soin. Effectivement, « des facteurs tels que l'éducation, le revenu et la race influent sur l'accès et le besoin de recourir aux services de santé mentale. Il peut être extrêmement difficile d'accéder aux services lorsque les clients se heurtent à des obstacles systémiques et structurels supplémentaires, comme la langue, la culture, le statut socioéconomique, le racisme et la discrimination » (Santé publique Ottawa, 2020, p.26). Ils doivent non seulement composer avec les déterminants sociaux de la santé en tant qu'immigrants, mais aussi en tant que personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

5.2 Les déterminants sociaux de la santé mentale

Tel que mentionné plus haut, il existe encore des disparités dans le domaine de la santé. À l'échelle mondiale, c'est particulièrement les pays pauvres qui sont les plus touchés par ses disparités. Au Canada, ce sont les groupes les plus vulnérables qui sont affectés, dont les immigrants. « Ces personnes doivent trop souvent vivre avec des conditions de logement insalubres, des emplois précaires, un accès limité à des soins de santé, etc. » (Dorvil et Carle, 2015, p.5). En 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publiait dans un document intitulé *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultats d'une réflexion commune* l'ensemble des déterminants de la santé. Nous pouvons voir qu'il y a quatre sections à ces déterminants : les caractéristiques individuelles, le milieu de vie, les systèmes et le contexte global.

Nous voyons également que l'environnement (économique, politique et social) occupe une place plus importante que la biologie humaine et les habitudes de vie. Comme mentionné au début de cette recherche, les déterminants sociaux de la santé agissent également sur la santé mentale. Effectivement, « nous ne sommes pas tous égaux devant la folie. [...] les coussins amortisseurs de stress ne sont pas également répartis entre les différentes couches

sociales » (Dorvil et Carle, 2015, p.6). Wilkinson et Pickett (2013) cité par Dorvil et Carle rapportent que les maladies graves, les troubles anxieux, les troubles du contrôle des impulsions sont tous corrélés avec l'inégalité, les troubles de l'humeur le seraient toutefois moins. Au Canada, en 2003, un quart des personnes qui présentaient un problème de santé mentale vivaient dans la pauvreté (Dorvil et Carle, 2015). Ainsi :

« La pauvreté et plus largement les déterminants sociaux de la santé sont présents tant en amont (en tant que causes) qu'en aval (en tant que conséquences) dans la compréhension des problématiques liées à la santé mentale. Durbin et coll. (2012) rapportent que le stress associé à la pauvreté, au non-emploi ou encore à de mauvaises conditions de logement peut induire des troubles mentaux ou encore les aggraver. » (Dorvil et Carle, 2015, p.6).

Les personnes avec un problème de santé mentale vivent de la discrimination et sont stigmatisées. La stigmatisation peut prendre plusieurs formes, notamment les difficultés à accéder au marché de l'emploi ou encore à un logement décent.

« Le logement est une représentation du poids que les déterminants sociaux de la santé exercent sur la santé mentale. Le manque de ressources financières associé à des difficultés à accéder à un logement impose aux personnes affectées par un problème de santé mentale des logements insalubres et sous les normes habituelles. Souvent, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale se voient obligées de vivre dans des logements en piètre état. Ces logements se situent le plus souvent dans des quartiers défavorisés où l'environnement physique et le milieu social peuvent avoir une influence sur la santé des individus. » (Dorvil et Carle, 2015, p.7).

Force est de constater que le logement compte parmi les déterminants sociaux de la santé mentale. Mais il existe d'autres déterminants tels que le revenu, le soutien social, les conditions de travail ainsi que le capital social/inclusion sociale qui sont des déterminants qui agissent directement sur la santé mentale. Nous pouvons voir que ces déterminants font écho aux déterminants sociaux de la santé des immigrants. En effet,

« De plus en plus de données probantes laissent entendre que le stress vécu après la migration dans le pays d'accueil a des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des immigrants. Des situations comme le chômage et le sous-emploi, la pauvreté, l'isolement

social, les incertitudes face au statut d'immigrant, la discrimination, les barrières culturelles et linguistiques, ainsi que les obstacles à l'accès aux services de santé et aux services sociaux, ont des répercussions négatives sur la santé des immigrants. » (HEIA- Health Quity Impact Assessment , p.4).

Ainsi, un individu qui fait partie de cette catégorie, qu'il soit à la fois immigrant et à la fois une personne avec un problème de santé mentale crée une complexité des identités. Nous pouvons nous demander si les inégalités vécues par ces individus sont dues à cause de leur statut d'immigrant ou à cause de leur problème de santé mentale. Est-ce parce qu'une personne est immigrante qu'elle subira l'inégalité ou parce qu'elle a un problème de santé mentale qu'elle subira l'inégalité ?

Lorsque deux stigmates s'entrecroisent, malheureusement les deux s'influencent et c'est à ce moment que l'intersectionnalité prend tout sens, car nous comprenons que le système social est empreint d'inégalité. Les communautés immigrantes avec un problème de santé mentale subissent une multitude d'oppressions simultanées qui s'ajoutent à des formes d'oppressions déjà existantes au sein de la société (exemple oppression lié au genre, aux classes sociales, etc.).

5.3 Définir l'intersectionnalité

L'intersectionnalité repose sur trois principes importants :

- Les différentes oppressions sont vécues simultanément et ne sont pas dissociables les unes des autres
- Les systèmes d'oppression s'alimentent et se construisent mutuellement tout en restant autonomes
- Les systèmes doivent donc être combattus simultanément et ne doivent pas être hiérarchisés (Comité québécois des femmes et développement)

L'intersectionnalité est avant tout un outil d'analyse qui permet de comprendre comment les intersections mettent en place des expériences particulières d'oppression et de privilège. L'analyse intersectionnelle se fait à deux niveaux : le niveau microsociologique et un niveau macrosociologique. Au niveau microsocial, l'analyse se concentre sur comment les oppressions agissent sur chaque femme, de manière plus large sur chaque individu. Au

niveau macrosocial, elle analyse comment les systèmes d'oppressions mis en place dans la société créent et maintiennent des inégalités (Comité québécois des femmes et développement, s.d.). L'exemple d'une personne immigrante avec un problème de santé mentale illustre parfaitement cette intersectionnalité. La personne fait face à une double oppression de par son statut migratoire et de par sa maladie. Cette oppression peut être multiple si on rajoute d'autres facteurs tels que le sexe, la race, le statut socio-économique, etc. Ainsi, une femme noire avec un problème de santé mentale vivra diverses oppressions, plus qu'une personne non immigrante et sans un problème de santé mentale.

Même si l'intersectionnalité est avant tout un concept utilisé dans une approche féministe pour lutter contre les inégalités, il reste un concept pertinent qui permet d'analyser les inégalités vécues par la communauté immigrante avec un problème de santé mentale.

En définitive, l'immigration vient avec son lot d'oppression tout comme le problème de santé mentale. L'individu dans cette situation doit donc composer avec les oppressions multiples dans une société où le système renforce ces inégalités. Ces éléments rapportés par les participants démontrent encore une fois la pertinence du récit de soi dans l'approche qualitative. Les répondants sont des experts de leur situation. Le fait de leur donner la parole contribue à la réappropriation du pouvoir de ces derniers, par ces derniers afin d'améliorer les pratiques. Ceux qui utilisent les services sont également des experts. Leur savoir expérientiel permet de mieux comprendre les défaillances de notre système et d'améliorer les pratiques. À la fin de chaque entrevue, les participants étaient reconnaissants. Reconnaissants de pouvoir se « raconter »

« J'ai l'impression d'avoir eu une séance thérapeutique. Le fait de mettre des mots sur les maux me donne l'impression que ce n'est pas juste moi, le système aussi doit faire sa part. Je crois aussi avoir contribué à l'amélioration du système en participant à cette étude. J'ai eu beaucoup de plaisir à échanger sur ce sujet. » (Participant 01)

Le récit de leur parcours migratoire et de leurs expériences sur les services en santé mentale a permis d'apporter des points pertinents pour l'analyse de cette recherche. En prenant les suggestions faites par ces derniers dans le but d'améliorer les services, voir même les pratiques en intervention, les participants soulignent l'importance d'arriver à une société plus juste et équitable et c'est le cœur même de l'approche de cette étude. Le but de

l'approche structurelle est de vaincre les inégalités et d'arriver à une société plus juste et équitable.

Alors les recommandations des participants à savoir : parler davantage des problèmes de santé mentale dans la communauté immigrante, la reconnaissance des diplômes étrangers, l'embauche des professionnels provenant de divers horizons et favoriser une intervention interculturelle s'inscrivent toutes dans une perspective structurelle anti-oppressive. En effet, comme nous l'avons vu, les oppressions ne cessent de se complexifier surtout lorsqu'elles sont multiples. Il est donc primordial qu'en travail social, « de reconnaître les vecteurs multiples par les lesquels les oppressions se manifestent et se renforcent au sein de la société québécoise » (Caron *et al*, 2017, p.8). Reconnaître et comprendre ces oppressions ainsi que leurs impacts sur les individus et la société permettront aux travailleurs sociaux de modifier leur pratique en mettant en œuvre des pratiques de lutte contre les oppressions, d'améliorer les conditions de vie des personnes opprimées ainsi que de transformer la société en un monde plus juste et égalitaire (Baines, 2011 ; Mullaly, 2010 ; Caron *et al*, p. 8). Ainsi la perspective anti-oppressive devient pertinente, car elle permet de mieux comprendre la complexité et la multiplicité des oppressions dont les immigrants avec un problème de santé mentale font face, mais aussi d'outiller les intervenants pour lutter contre celles-ci de manière plus efficace.

L'oppression n'étant pas le produit d'une seule catégorie de domination, mais étant reproduite par plusieurs systèmes de domination entrecroisés, la perspective anti-oppressive reconnaît que certaines personnes doivent faire face à une pluralité d'oppressions qui agissent de manière intersectionnelle (Caron *et al*, p.9). En ce sens, les intervenants travaillant auprès d'une clientèle immigrante avec un problème de santé mentale ont un grand rôle à jouer pour participer à la diminution de ces oppressions. Or, les répondants disent que le système en lui-même étant tellement inégalitaire, que le personnel a tendance à reproduire ces inégalités. Ce que les répondants semblent dire, c'est que les professionnels, particulièrement ceux en travail social, devraient avoir un rôle qui vise le changement social et la justice sociale et non-être des « oppresseurs ».

5.4 Des intervenants qui agissent sur les déterminants de la santé

Même si de plus en plus d'intervenants sont conscients des multiples oppressions entourant la société québécoise, il n'en demeure pas moins que certains reproduisent les inégalités. De plus en plus d'associations professionnelles, notamment l'ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec encourage les intervenants à fonder leurs interventions sur une analyse des déterminants sociaux de la santé (Buetti, 2019, p.41). Effectivement, « l'analyse des déterminants sociaux transcende une vision biomédicale de la santé, exposant plutôt l'influence des conditions environnementales et sociales sur l'état de santé d'une population et sur les iniquités en matière de santé entre certains groupes sociaux » (Buetti, 2019, p.41). Ainsi, l'une des manières d'améliorer les pratiques serait d'adhérer à une vision structurelle du travail social qui vise un changement des structures opprimantes de la société pour atteindre une plus grande justice sociale (Caron *et al*, 2017, p.41). En agissant sur les déterminants sociaux de la santé, on sort de l'angle biomédical et psychologique pour traiter des problèmes de santé mentale chez les immigrants. En effet, les déterminants sociaux de la santé demeurent peu abordés dans les programmes de formations des futurs intervenants, notamment ceux du domaine de la santé. Les caractéristiques individuelles (bagages biologique et génétique, habitudes de vie et comportements, compétences personnelles, etc.) restent les facteurs les plus souvent vus en cours de formation laissant de côté l'environnement (milieu de vie des personnes) ou encore les systèmes dans lesquels elles évoluent (Hebert et Roc, 2015, p.11). Les intervenants devraient donc davantage se former et être formés vers une approche globale de la santé qui tient en compte les facteurs sociaux dans le processus d'évaluation, de traitement et de suivi des personnes (Hebert et Roc, p.11).

Concrètement, afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé dans leurs interventions, les intervenants doivent accepter l'identification d'un groupe comme étant à risque en se basant sur les caractéristiques objectives de ce groupe (Caron *et al*, 2017, p.45). Ils doivent accepter que certains groupes (exemple les immigrants, les autochtones, les noirs, les Arabes, etc.) soient à risque de vivre plusieurs oppressions et donc d'en tenir compte dans leur intervention. Ils doivent également agir sur les conditions environnementales et sociales pour réduire les iniquités en matière de santé. Ils ne doivent pas seulement mettre l'accent sur les conditions à risque d'un individu, mais aussi agir sur les dynamiques de pouvoir qui sont à la base des inégalités sociales en santé. Dans une perspective

structurelle, leurs interventions doivent adopter une posture politique claire et explicite, dans une vidéo de changement social et de justice sociale (Caron *et al*, 2017).

5.5 Des intervenants en contexte interculturel

Toujours dans une perspective structurelle, les répondants ont verbalisé qu'il serait plus pertinent de tenir compte de la diversité culturelle dans l'intervention auprès des immigrants avec un problème de santé mentale. Cette forme d'intervention, dite interculturelle est décrit par Cohen-Emerique (1993) comme :

« [La] relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle. On ne rencontre pas une culture, mais des individus et des groupes qui mettent en scène une culture, comme le professionnel, lui-même porteur de culture, met en scène son système de valeurs et de normes dans l'interaction avec le client. L'interculturel implique ainsi de reconnaître qu'il y a deux acteurs en présence et non un seul, le migrant, l'étranger (1993, p. 72). »

En ce sens, l'intervention interculturelle doit viser à améliorer les conditions d'existence de l'individu en commençant par accueillir la personne immigrante avec tout son bagage et mettre en place les conditions propices au développement d'une compréhension mutuelle entre elle et l'intervenant afin de permettre à cette dernière de s'approprier des outils pour s'adapter à son nouvel environnement (St-Denis, 2018, p.22). L'intervention interculturelle suppose alors que l'intervenant souscrit au postulat de l'autonomie de la personne immigrante, maître de son devenir à partir du moment où ils possèdent tous les outils en main pour exercer son autodétermination. Ainsi, dans une démarche d'*empowerment*, l'intervenant se doit d'outiller la personne à réaliser son plein potentiel. L'intervention interculturelle suppose d'autre part que l'intervenant soit ouvert à explorer sa propre complexité et ses filtres, ses préjugés, ses valeurs et ses appartenances de manière à ce qu'ils ne fassent pas obstacle à la communication interculturelle (St-Denis, 2018, p.22). L'intervention interculturelle sous-tend que la structure d'intervention en Amérique du Nord, particulièrement au Canada est fondée sur une conception occidentalocentrée des problèmes sociaux et de la façon d'y remédier. Il est impératif de prendre en compte

l'existence des rapports de pouvoir lorsque la question du statut d'immigrant se pose et qu'il faut en être conscient lors des interventions (Legault et Rachédi, 2008 ; St - Denis 2018, p. 47).

En ce sens, l'intervention interculturelle renvoie à une médiation entre les deux parties, en l'occurrence entre l'intervenant et le client. Starr et Wallace (2011) stipulent que la compétence interculturelle comporte deux dimensions : 1) la conscience de son propre ancrage culturel (cultural awareness) et ; 2) la sensibilité aux différences culturelles et le respect de celles-ci (cultural sensitivity), (immigration-petite-enfance-capitale-nationale, 2016). Il est donc primordial que les intervenants impliquent les clients dans l'élaboration du plan d'intervention et de tenir compte de leur vision des soins de santé, de l'intégration professionnelle ou culturelle.

Concrètement, les intervenants pourraient par exemple s'intéresser davantage sur la culture du client (les croyances, les valeurs, la représentation de la santé ou santé mentale etc .), d'améliorer l'accès à l'information en accordant une grande place à la diversité en invitant directement la population immigrante à utiliser les services, en réduisant les barrières physiques ou socioéconomiques pour permettre aux immigrants de se rendre facilement dans les locaux des organisations en fournissant par exemple un transport ou en remboursant les frais de déplacement aux personnes qui n'ont pas les moyens. Pour contrer les barrières linguistiques, les organismes pourraient mobiliser des ressources d'interprétariat et mettre à la disposition des allophones de la documentation traduite dans leur langue maternelle (immigration-petite-enfance-capitale-nationale, 2016). Sont là quelques exemples de ce qu'une intervention en contexte interculturelle peut prendre. Il est à noter que les répondants avaient nommé ne pas être satisfait des services reçus dans le réseau institutionnel tels que le CLSC ou les hôpitaux. Néanmoins, la majorité affirme être satisfaite des services reçus dans les organismes communautaires.

5.6 Le rôle des organismes communautaires

Comme mentionné plus haut, le système de santé et des services sociaux comportent des inégalités notamment au niveau de l'accessibilité aux soins. Ce faisant, plusieurs personnes se tournent vers les organismes communautaires, car les services sont plus accessibles, les

listes d'attentes moins longues. Dans un article de Jean François René (2009) sur l'individualisation des pratiques des organismes communautaires, l'auteur stipule que de nombreux groupes sont devenus au fil du temps des organisations plus imposantes, généralement mieux structurées, offrant ainsi une large programmation de services et d'activités (René, p.113). Les organismes communautaires « favorisent la prise en charge et la responsabilisation collective, la participation et la vie associative, autant d'avenues orientées vers une forme directe et élargie de démocratie » (Fontaine, 2005 : 16 ; René 2009, p.114). Ainsi, les organismes communautaires se distinguent du réseau institutionnel. Cette forme plus directe et démocratique plaît à bon nombre d'utilisateurs des services, notamment les répondants de cette étude qui relataient avoir vécu des expériences extraordinaires dans la relation d'aide. Les organismes communautaires ne sont pas parfaits et font face à d'autres enjeux notamment celui des financements. Pour de nombreux secteurs d'interventions, les subventions à la mission de l'organisme proviennent du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, ces subventions ne suffisent pas à combler tous les besoins financiers des organismes, ils doivent alors faire appel à des dons. Malgré cela, ils arrivent tout de même à offrir des services, notamment en santé mentale et en immigration pour les personnes concernées.

CONCLUSION

Ce mémoire s'intéresse à l'accessibilité aux soins et à l'expérience des immigrants sur les services qui leur sont offerts en santé mentale. S'inspirant d'une approche structurelle s'associant au concept des déterminants sociaux de la santé, l'intersectionnalité et la place du récit de soi, ce mémoire documente l'expérience vécue des personnes immigrantes avec un problème de santé mentale. À l'issue des témoignages recueillis lors des entrevues, il en ressort que les immigrants avec un problème de santé mentale sous-utilisent les services en santé mentale à cause d'une pluralité de facteurs notamment les inégalités existantes dans le système de santé et des services sociaux. Ce faisant, ils se disent peu satisfaits des services reçus dans le réseau institutionnel, mais être satisfaits des services reçus dans les organismes communautaires. L'analyse des récits a mis en lumière le fait que les communautés immigrantes avec un problème de santé mentale subissent une multitude d'oppressions simultanées qui s'ajoutent à des formes d'oppression déjà existantes au sein de la société.

L'immigration vient avec son lot d'oppressions tout comme le problème de santé mentale. L'individu dans cette situation doit donc composer avec les oppressions multiples dans une société où le système renforce ces inégalités. Reconnaître et comprendre ces oppressions ainsi que leurs impacts sur les individus et la société permettront aux travailleurs sociaux de modifier leur pratique en mettant en œuvre des pratiques de lutte contre les oppressions, d'améliorer les conditions de vie des personnes opprimées ainsi que de transformer la société en un monde plus juste et égalitaire. En ce sens, il en ressort que les intervenants ont un grand rôle à jouer dans l'élaboration d'une justice sociale. Ils doivent intervenir sur les déterminants sociaux de la santé et privilégier une intervention interculturelle pour arriver à une société plus égalitaire.

Les limites de l'étude

Étant donné l'échantillon restreint qui la compose, il est pertinent de souligner que les résultats de cette recherche sont à considérer avec précaution. D'abord, le contexte dans lequel la collecte des données a eu lieu invite à considérer avec circonspection la validité interne de la recherche. Le contexte de pandémie et les stratégies d'échantillonnage ont fait

en sorte que l'échantillon n'est pas représentatif de l'expérience de l'ensemble des immigrants avec un problème de santé mentale. Il aurait été souhaitable d'avoir un plus grand échantillon et plus de temps pour la réalisation de la collecte de donnée, mais pour des raisons déjà expliquées dans les difficultés liées au recrutement, il était difficile de faire autrement. Ensuite, l'immigration et la santé mentale représentent deux sujets délicats à traiter et la combinaison des deux augmente sa complexité. Cette recherche n'a donc pas la prétention de couvrir tous les enjeux entourant l'immigration et la santé mentale.

De plus, la méthode de l'analyse des données pose également des limites à la recherche, car elle fut influencée par les choix de problématisation faits par l'étudiante-chercheuse. Les thèmes ressortis lors des entretiens sont la conséquence d'une grille d'entretien déjà préétablie par l'étudiante-chercheuse, il va donc de soi que les résultats vont dans ce sens. Malgré la consultation d'ouvrage théorique et la revue d'autres littératures portant sur le sujet, l'étudiante-chercheuse a tout de même eu à interpréter les résultats à la lumière des récits rapportés, du cadre conceptuel et des revues littéraires. Ainsi, il y a une part de subjectivité dans l'interprétation des résultats.

Une autre limite de la recherche se situe au niveau du choix de l'approche et des concepts utilisés. Effectivement, l'approche structurelle soulève des contradictions et des dilemmes importants dans la pratique et il est primordial d'en prendre conscience. Même si cette approche est consciente que les inégalités sociales et l'accessibilité limitées aux ressources en raison du sexe, de l'ethnicité, de la classe sociale ou encore de la religion sont le fruit d'une structure sociale basée sur le capitalisme et que pour arriver à une transformation sociale, il faille rendre ces structures plus humaines et mieux adaptées aux personnes (Lévesque et Panet - Raymond, 1994, p.25); il n'en demeure pas moins qu'elle offre très peu de « pistes d'actions à mener pour une transformation radicale de la société, pour un changement des structures sociales et pour une émancipation des groupes opprimés » (Buetti, 2019, p.49). Ce n'est donc pas une approche « sauveuse », car les structures sociales sont bien ancrées et il faut plus qu'une bonne volonté pour y remédier. Néanmoins, elle conscientise les gens sur le fait que les oppressions vécues par certains groupes ne sont pas dues à une mauvaise foi, mais une défaillance du système et en prendre conscience, c'est déjà un pas pour arriver à une société plus égalitaire. Suite à une réflexion personnelle, nous constatons que la section « présentation des résultats » met en lumière les défis des

participants qui peuvent se rattacher davantage à l'intersectionnalité. De ce fait, la question de recherche aurait pu être étudiée dans un cadre théorique portant sur l'intersectionnalité au lieu de le limiter à un simple concept, comme nous l'avons fait tout au long de cette recherche. Cette limite n'enlève en rien la pertinence de l'approche structurale. Les deux approches se valent, dépendamment avec quel ongle nous voulons étudier la question.

Les principaux apports du mémoire et pistes de réflexion pour les futurs travaux

Malgré les limites de cette recherche, elle apporte tout de même une contribution importante à la littérature scientifique. Il existe de nombreuses études portant sur l'immigration et sur la santé mentale, mais il y a une carence significative dans la littérature qui se penche sur la santé mentale dans la perspective des immigrants. De plus, les entrevues semi-dirigées ont permis à l'étudiante chercheuse d'arriver à une description riche des expériences vécues par les participants. Le récit des participants sur leur parcours migratoire démontre la complexité de l'immigration. Même sur une base volontaire, l'immigration vient avec son lot de difficultés et soulève des enjeux qui ont impact au niveau individuel, collectif, social et économique. Leurs récits apportent aussi un regard critique sur l'état actuel des services en santé mentale et permettent de mettre en lumière les défaillances d'un système en constante évolution. Être conscient des défis qu'encourent les immigrants avec un problème de santé mentale est bénéfique pour les travailleurs sociaux, car les recommandations faites par les participants leur permettraient d'améliorer leur pratique et de contribuer à faire la différence dans un monde empreint d'injustice et d'inégalité.

Enfin, cette recherche a soulevé plusieurs pistes de réflexion qui peuvent faire l'objet de futures études, ou du moins qui peuvent amener à explorer davantage des sujets qui ont déjà été abordés dans la littérature. Les participants ont soulevé l'importance de diffuser davantage des informations sur la santé mentale qui cible directement les immigrants. Il serait pertinent que des recherches se penche sur comment intégrer davantage les communautés issues de la diversité en santé mentale? Les participants ont soulevé également leur désir de voir une diversité chez les intervenants. Ce désir amène à donner une place considérable à l'intervention interculturelle, mais il peut être pertinent de se

pencher davantage sur la question, en étudiant les apports et les limites de cette approche en intervention. Aussi, les participants ont verbalisé leur satisfaction au fait de participer à cette étude. Il en ressort que très peu d'immigrants avec un problème de santé mentale ont l'opportunité de donner leur voix dans des recherches qualitatives. Est-ce par manque d'intérêts du milieu de recherche ou tout simplement à cause d'une reproduction des structures sociales qui consiste à laisser pour compte certains groupes de personnes, en l'occurrence les immigrants avec un problème de santé mentale ? Ces réflexions peuvent faire l'objet de futurs travaux afin de continuer à donner une voix aux « oubliés » de la société.

BIBLIOGRAPHIE

- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2015). Déterminants sociaux en santé mentale : histoire et enjeux contemporains, *Le partenaire*, 23(3), 2-23. Récupéré de <https://aqrp-sm.org/partenaire/flipbook/vol23no3-726940/pdf/le-partenaire-vol23no3-2015.pdf>
- Baines, D. (2011). « An Overview of Anti-Oppressive Practice: Roots, Theory, Tensions »: 1-27, dans D. Baines (sous la dir.), *Doing Anti-Oppressive Practice: Social Justice Social Work, 2nd Edition*, Halifax & Winnipeg: Fernwood Publishing.
- Baubet, T. et Saglio-Yatzimirsky M,-C. (2019). Santé mentale des migrants : des blessures invisibles, une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression . *La revue du praticien*, 69(6), 672-5. Récupéré de : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/sante-mentale-des-migrants-des-blessures-invisibles>
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 30-44.
- Bettache , N. et S. Shaheen-Hussain (2017). « Lorsque les politiquent de santé tuent » dans *Le Devoir*, En ligne : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/505100/lorsque-les-politiques-de-sante-tuent>
- Boudreau, F. (2001). Compte rendu de [Bibeau, G., A.M. Chan-Yip, M. Lock, C. Rousseau, C. Sterlin, avec le concours de H. Fleury (1992), *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur, 289 p.] *Reflets*, 7 (1), 250–256. <https://doi.org/10.7202/026349ar>
- Bilge, S. (2009) . « Théorisations féministes de l’intersectionnalité », *Diogenès*, n^o 1 70–88. <http://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70.html>
- Buetti, D., Taylor, S. et Lapierre, S. (2019). Interventions fondées sur les déterminants sociaux de la santé : quelles implications pour le travail social structurel? *Service social*, 65(1), 40–53. <https://doi.org/10.7202/1064589ar>
- Carle, M-E. (2015). *Parole d’expert : perspectives des grands utilisateurs sur l’organisation des services en santé mentale*. (Mémoire de Maîtrise) . Université de Québec à Montréal. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/7586/1/M13846.pdf>

- Carle, M-E. (2014). *Parole d'expert : perspectives des grands utilisateurs sur l'organisation des services en santé mentale* [projet de mémoire] . UNIVERSITÉ DE QUÉBEC À MONTRÉAL, Montréal, Canada.
- Caron, R., Lee, E., Macdonald, S.-A., et Fontaine, A. (2017). Promouvoir une perspective anti oppressive dans la formation en travail social. *Intervention*, 145, 7-19. Récupéré de https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2017/05/ri_145_2017.1_ou_jin_lee_et_al.pdf
- Castroriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris, Le Seuil. 180 p.
- CHAUVIN, Danièle. 1996. *Champs de l'imaginaire / Gilbert Durand*. Grenoble, ELLUG, 262 p.
- Centre multiethnique du Québec. (2018). Cadre de référence en intervention interculturelle. Immigration-Petite Enfance-Capitale-Nationale.
- Centlivres, P. et Girod, I. (2000). *Les défis migratoires*. Acte du colloque CLUSE, Neuchâtel 1998, éd. Seismo, 536 p.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G. et Chartrand, É. (2018). L'accèsibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec : Portrait de la situation. *École de santé publique et Institut de recherche en santé publique*, Université de Montréal, 2-47.
- Charmillot, M. et Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épisodologiques. *Recherches qualitatives* , (3) . Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Charmillot_et_Dayer-FINAL2.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2012). *État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec .
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et les déterminants sociaux de la santé*. Récupéré de https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-03/irer_report_mar_2019_fr.pdf
- Citoyenneté et Immigration Canada. (2012). *Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du*

Canada. Récupéré de

<https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/pdf/recherche-stats/sante-mentale.pdf>

Commission ontarienne des droits de la personne. (s.d). *Discrimination raciale, race et racisme (fiche)*, Récupéré de <http://www.ohrc.on.ca/fr/discrimination-raciale-race-et-racisme-fiche>

Comité québécois femmes et développement. (s.d). L'intersectionnalité. Récupéré de https://aqoci.qc.ca/wp-content/uploads/2020/06/fiche_technique__intersectionnalite_finale.pdf

Corbeil, C. et Marchand, I. (2006). « L'approche intersectionnelle : origines fondements théoriques et apport à l'intervention féministe », *Relais-femmes*, 2-14. Récupéré de http://www.relais-femmes.qc.ca/files/Annexe_Corbeil_Marchand.pdf

Compère, L. et Duval, J. (1992). Santé mentale et communautés ethnoculturelles : de la marginalisation sociale à la précarité existentielle. *Santé mentale au Québec*, 17 (2), 285–293. <https://doi.org/10.7202/502082ar>

Conseil canadien pour les réfugiés.(2000). *Rapport sur le racisme systémique et la discrimination dans les politiques canadiennes sur l'immigration et les réfugiés*. Récupéré de <https://ccrweb.ca/fr/rapport-sur-le-racisme-systemique-et-la-discrimination-dans-les-politiques-canadiennes-sur>

Dirks, G. (2006). Politique d'immigration au Canada, *Encyclopédie canadienne*. Récupéré de <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/politique-dimmigration-1>

Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42 (2), 7–27. <https://doi.org/10.7202/706615ar>

Dorvil, H. (1988). L'accueil différentiel de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé mentale au Québec*, 13 (1), 105–118. <https://doi.org/10.7202/030430ar>

Dorvil, H. (2007). Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale, Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux (T3) : Théories et méthodologies de la recherche*, (p.169-202), Québec : Coll. Problèmes sociaux et interventions sociales, Presses de l' Université du Québec.

- Dorvil, H. (2010). Le stigma comme forme d' inégalité sociale en santé mentale, Dans H. Dorvil et M. Thériault(dir.), *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé*, Montréal : Cahiers scientifiques de l'ACFAS# 112, 267-291.
- Dorvil, H. et Carle M.-È.(2014) Santé mentale, emploi et stigmatisation, *le partenaire*, 23(1), 33-35.
- Dorvil, H. et Carle M.-È.(2015) Transformations dans les modèles explicatifs sociaux dans les 40-50 dernières années , *le partenaire*, 23(3), 4-7.
- Dubé, M., (2020). POUR QUI ÉVALUE-T-ON? PAR QUI ET POUR QUI ? Notes de cours TRS-8380, été 2020. Université du Québec à Montréal.
- Dubé, M., (2020). QUOI ÉVALUER ET COMMENT? Notes de cours TRS-8380, été 2020. Université du Québec à Montréal.
- Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative : les 10 questions clés de la démarche compréhensive*, Paris : Vuibert.
- Dumont, G.-F.(2018). L' intégration culturelle et sociale des immigrants. *Pierpaolo Donati. Towards a Participatory Society: New Roads to Social and Cultural Integration*, *Libreria Editrice Vaticana*, 287-302. Récupéré de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01832415/document>
- Feldman, R. (2006). Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. *Public Health*, 120(9), 809-816.
- Fondation des maladies mentales. (2011). Les maladies mentales. *Dans Arrondissement*. Récupéré de <https://www.arrondissement.com/tout-get-document/u4388-maladies-mentales>
- Gaborean, F., Negura, L. et 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. <https://doi.org/10.7202/1051101ar>
- Gendarmerie royale du Canada (s.d). *Microagressions*. Récupéré de <https://www.rcmp-grc.gc.ca/fr/microagressions?fe=>
- Guarnaccia, P. J. (1991). Le rôle de la culture en épidémiologie psychiatrique : examen de la recherche sur la santé mentale des Latino-Américains. *Santé mentale au Québec*, 16 (1), 27–43. <https://doi.org/10.7202/032202ar>

Gouvernement du Québec. (2017). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>

Gouvernement du Québec. (2021). « Santé mentale » dans *Québec.ca*, récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/>

Gouvernement du Québec. (2020). *Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés* . Récupéré de <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/sante-mentale/sapsir#Intervention>

Groulx, L.-H. (2011). Les facteurs engendrant l'exclusion au Canada : survol de la littérature multidisciplinaire. Récupéré de https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_lionel-henri_groulx.pdf

Grundisch, T. (2021). Entrevue avec Monnica Williams : Comprendre le lien entre racisme et santé mentale. *Larotonde*. Récupéré de <http://www.larotonde.ca/explorer-lien-entre-racisme-sante-mentale/>

Health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967.

Health Equity Impact Assessment .(s.d.). *Supplément sur les populations immigrantes*. Récupéré de <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/docs/HEIA-Immigrant-Supplement-fr.pdf>

Hébert, A. et Roc M,-L.(2015). Déterminants sociaux et santé mentale, *Le partenaire*, 23(3), 8-10.

Hinse, S. (2015). *L'intervention sociale auprès des familles immigrantes de Québec et Chaudière-Appalaches* (Mémoire de maîtrise). Université Laval. Récupéré de <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25912https://archipel.uqam.ca/12072/1/M15860.pdf>

Huguelet, P. (2014). Psychiatrie et religion : par-delà les préjugés. *Rhizome*, 54, 3-4. <https://doi.org/10.3917/rhiz.054.0003>

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2017). « Évaluation du programme d'établissement ». Récupéré de : <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/documents/pdf/francais/evaluation/e2-2016-settlement-fr.pdf>

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2018). « Évaluation des services d'établissement avant l'arrivée ». Récupéré de :
<https://www.canada.ca/content/dam/ircc/documents/pdf/francais/evaluation/e3-2017-pre-arrival-fr.pdf>

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (2007). « Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007 : description et méthodologie » En ligne :
<https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/satisfaction-metho.pdf>

Kafele, K. (2004). La discrimination raciale et la santé mentale : les communautés racialisées et autochtones, *Commission ontarienne des droits de la personne*. Récupéré de <http://www.ohrc.on.ca/fr/les-articles-du-dialogue-sur-la-politique-raciale/la-discrimination-raciale-et-la-santé-mentale-les-communautés-racialisées-et-autochtones>

Kheiriddin, T. (2020). Racisme systémique : la prise de conscience canadienne. *La presse*. Récupéré de <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-06-12/racisme-systemique-la-prise-de-conscience-canadienne>

Kirmayer, L. (2012). La santé mentale chez les immigrants et les réfugiés, *Quintessence*, 4(7). Récupéré de <https://refugeereseach.net/wp-content/uploads/2016/11/Kirmayer-2012-La-sante-mentale-chez-les-immigrants-et-les-refugies.pdf>

Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2010). Common mental

Knaak, S. , Livingston, J., Stuart, H., et Ungar, T. (2020). Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé, *Commission de la santé mentale du Canada*, Ottawa, Canada, 1-13.

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome liii(4), 67-82. doi:10.3917/rpve.534.0067

Kouyé, J.-M. et Soulière, M. (2018). Le parcours d'intégration socioéconomique des nouveaux arrivants francophones à Ottawa : quels effets sur la santé? *Reflets*, 24 (1), 127–158. <https://doi.org/10.7202/1051523ar>

Legault, G. et Rachédi, L. (2008). L'intervention interculturelle, 2^e éd. Montréal : Gaëtan Morin.

Lemoine, M. (2010). Discrimination et traitement préférentiel envers la communauté francophone immigrante : la recherche de logement des immigrants français et congolais à Toronto. *Francophonies d'Amérique*, (29), 35–53. <https://doi.org/10.7202/1005417ar>

Levesque, A. (2015). Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 27 (1), 35–56. <https://doi.org/10.7202/1031241ar>

Lévesque, J. et Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Service social*, 43 (3), 23–39.

<https://doi.org/10.7202/706666ar>

Levesque, A. et R. Rocque. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice*, 5(1), 69-82.

Lion, V. (2019, 18 octobre). Le voile agite aussi le Canada, *L'express*. Récupéré de https://www.lexpress.fr/emploi/gestion-carriere/le-voile-agite-aussi-le-canada_2103992.html

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, Version mise à jour le 1er mai 2014. Récupéré de <http://canlii.ca/t/6995r>

Lou, Y. et R. Beaujot. (2005). What happens to the 'healthy immigrant effect: the mental health of immigrants to Canada. Discussion paper no. 05-15. London, Ontario: Population Studies Centre, University of Western Ontario.

Mekki-Berrada, A. et Ben Driss, K. (2020). Satisfaction à l'égard de la vie, discrimination perçue, religiosité et santé mentale dans l'islam soufi : une perspective montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 45(2), 125–145.

<https://doi.org/10.7202/1075392ar>

Millett, K. (1971). *La politique du mâle*, Paris: Stock.

Ministère des affaires civiques et de l'Immigration. (s.d). « Services d'établissement et d'intégration pour les nouveaux arrivants ». Récupéré de :

https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr17/v1_313fr17.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux –*

Faire ensemble et autrement ». Québec, Gouvernement du Québec, 2016, p. 20, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir* ». Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p.24, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion.(2017). Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2006 à 2015. Gouvernement du Québec.

Montgomery, C. et Bourassa-Dansereau, C. (2017). Mobilités internationales et intervention interculturelle. Théories, expériences et pratiques. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Moreau, M. (1987). L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle. *Service social*, 36 (2-3), 227–247.

<https://doi.org/10.7202/706361ar>

Moreau, M. (1987). « L'approche structurelle en travail social : implications d'une approche intégrée conflictuelle », *Service social*, vol. 36, n° 2-3, 227-247.

Moreau, S., Rousseau, C. et Mekki-Berrada, A. (1999). Politiques d'immigration et santé mentale des réfugiés : profil et impact des séparations familiales. *Nouvelles pratiques sociales*, 12 (1), 177–196. <https://doi.org/10.7202/301443ar>

Mullaly, B. (2010). *Challenging oppression and Confronting Privileges* (2e éd.), Toronto: Oxford University Press.

Mulholland, M-L. et J. Biles.(2004). « Les politiques d'intégration de nouveaux arrivants au Canada ». En ligne : <http://p2pcanada.ca/wp-content/blogs.dir/1/files/2013/01/les-politiques-dintegration-de-nouveaux-arrivants-au-canada.pdf>

Namian D. (2012). *Entre itinérance et fin de vie. Sociologie de la vie moindré*, Montréal : Presses de l'Université du Québec

Ng, E. & Haozhen , Z. (2020). La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national. *Statistique*

Canada, Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020008/article/00001-fra.htm>

Office de Consultation Publique de Montréal .(2020). *Racisme et discrimination systémique dans les compétences de la Ville de Montréal*, Récupéré de <https://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/P99/rapport-reds.pdf>

ONTARIO COUNCIL OF AGENCIES SERVING IMMIGRANTS. *Guide de promotion de la santé mentale- pour les organismes de service aux immigrants et aux réfugiés en Ontario*. Récupéré de <https://ocasi.org/sites/default/files/mental-health-promotion-guide-sept-28-v2-french-final.pdf>

Pagé, M. & Lamarre, P. (2010). L'intégration linguistique des immigrants au Québec, *Institut de recherche en politiques publiques* , Récupéré de <https://irpp.org/wp-content/uploads/assets/research/diversity-immigration-and-integration/lintegration-linguistique-des-immigrants-au-quebec-michel-page-avec-la-collaboration-de-patricia-lamarre-idees-analyses-debats-depuis-1972/IRPP-Study-no3.pdf>

Paillé P . et A. Mucchielli (2003). *L 'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Paquet, G. (1989). Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle. *Document de recherche*, 21, 9-131. Récupéré de <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000016649.pdf>

Piché, Victor et Renaud, J. (2002). « Immigration et intégration économique : peut-on mesurer la discrimination ? » in Roch Côté et Michel VENNE (éd.), *L'annuaire du Québec*, 2003. Québec, Fides, p. 146-153.

Piché, V. (2016). Immigration et intégration linguistique : vers un indicateur de réceptivité sociale. *Diversité urbaine*, 16. <https://doi.org/10.7202/1050947ar>

Piché, V. (2006) . « Migrations internationales et droits de la personne : vers un nouveau paradigme », *conférence lors de la Vingtième séance du Séminaire transdisciplinaire annuel de la Chaire de recherche du Canada en droit international des migrations, sur « La complexe dynamique des migrations internationales*. Récupéré de <http://www.cerium.ca/article1931.html>

Pierre, M. et Bosset, P. (2021). Racisme et discrimination systémiques dans le Québec contemporain : présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 23–37. <https://doi.org/10.7202/1076643ar>

Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (2006). « Le vécu migratoire des familles : de l’imaginaire migratoire à la quotidienneté du demandeur d’asile », *Les Cahiers du Fonds Houtman*, http://fondshoutman.be/cahiers/02_012006/html-n/ch02s04.html

Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (2006) . « Identité, sentiment d’efficacité personnelle, résilience », recherche-action sur le phénomène de l’immigration récente, Recherche financée par le Fonds Houtman, par l’Université de Mons-Hainaut et par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne, 131 p.

Pumariéga, A.J., Rothe, E., et Pumariéga, J.B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41(5), 581-597.

Rachédi, L., C., Montgomery et B., Halsouet, « Mort et deuil en contexte migratoire : spécificités, réseaux et entraide », *Enfances Familles Générations* [En ligne], 24 | 2016, mis en ligne le 15 août 2016, consulté le 10 décembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/efg/1041>

Rachédi L. et Legault G. (2008). Le modèle interculturel systémique. Dans G. Legault et L. Rachédi (dir), *L’intervention interculturelle*, 2e éd. Montréal, Gaëtan Morin, 132.

Radio-Canada (2019, 11 janvier) « Briser les chaînes de la maladie mentale en Afrique de l’Ouest », *Radio-Canada*, récupéré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1145310/sante-mentale-afrique-ouest-saint-camille>

Radio-Canada (2016, 27 janvier) « Maladies mentales : les tabous et préjugés persistent », *Radio-Canada*, récupéré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/762007/maladies-mentales-tabous-prejuges-persistent-journee-cause-pour-la-cause>

René, J.-F. (2009). L’individualisation de l’intervention dans les organismes communautaires : levier ou barrière à la prise en charge démocratique ? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(1), 111–124. <https://doi.org/10.7202/039663ar>

Réseau alternatif et communautaire des Organismes en santé mentale. (s.d). *Milieu communautaire*. Récupéré de <https://racorsm.org/milieu-communautaire>

RIFSSSO. « *Santé mentale des immigrants : une revue de la littérature* » Pour *Reflét Salvéo*, 2014, p. 51, en ligne : <http://refletsalveo.ca/wp-content/uploads/2015/05/Sante-mentale-des-immigrants-une-revue-de-la-litterature.pdf>

Robert, A-M. et T. Gilkinson (2012). « Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada ». *Citoyenneté et Immigration Canada*, Gouvernement du Canada, p. 31, accessible en ligne à l'adresse suivante :
<https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/pdf/recherche-stats/sante-mentale.pdf>

Saadaoui, A. (2015). *L'intégration des immigrants tunisiens : entre habitus culturel national et trajectoire sociale* (Mémoire de maîtrise) Université Laurentienne Sudbury en Ontario . Récupéré de
https://zone.biblio.laurentian.ca/bitstream/10219/2418/1/asaadaoui_these_2015_2.pdf

Santé publique Ottawa. ÉTUDE DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE DE LA COMMUNAUTÉ NOIRE D'OTTAWA (août 2020). Récupéré de
https://www.santepubliqueottawa.ca/fr/reports-research-and-statistics/resources/Documents/MHOBC_Technical-Report_French-.pdf

Sayegh, L. (1985). La migration et la santé mentale. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (14), 103–112.
<https://doi.org/10.7202/1034513ar>

Sayegh, L. & Lasry, J.-C. (1993). Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal. *Santé mentale au Québec*, 18 (1), 23–51.
<https://doi.org/10.7202/032246ar>

Sene, R. D. (2013). *Expériences prémigratoires et projets de vie socioprofessionnelle des femmes immigrantes ouest-africaines à Québec* (Mémoire de maîtrise). Université de Laval. Récupéré de
<https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/24349/1/29932.pdf>

St-Denis, M. (2018). *Narrativité et pratiques d'intégration des immigrants en région : les jeux de langage de l'intervention* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/12072/1/M15860.pdf>

- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5e édition) (p.129-152). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Szasz, T.S. (1976). *Fabriquer la folie*, Paris: Payot.
- Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au Québec*, 4 (1), 102–122. <https://doi.org/10.7202/>
- Tousignant, M. (1992). La santé mentale des migrants : analyse de son contexte social et longitudinal. *Santé mentale au Québec*, 17 (2), 35–45.
<https://doi.org/10.7202/502069ar>
- Tousignant, M., Habimana, E., Biron, C., et al. (1999). The Quebec adolescent refugee project: Psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1426-1432.
- The pontifical academy of social sciences (s.d). *L'intégration culturelle et sociale des immigrants*, Récupéré de <http://www.pass.va/content/scienze-sociali/en/publications/acta/participatory-society/dumont.html>
- Van Steenberghe, E. (2011). *Entre la santé et l'environnement* (thèse de doctorat, université du Québec à Montréal). Récupéré dans l'archive de publications électroniques de l'UQAM : <https://archipel.uqam.ca/5150/1/D2379.pdf>
- Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au Québec*, 4 (1), 102–122. <https://doi.org/10.7202/030051ar>
- Wunenburger, Jean-Jacques. (1995). *La vie des images*. Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 148 p.
- Wunenburger, Jean-Jacques. (2003). *L'imaginaire*. France, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 125 p.
- Yusuf Farah, H. (2018). *Santé mentale et accès aux services : point de vue des immigrants francophones résidant à Ottawa*. (Mémoire de maîtrise). Université d'Ottawa. Récupéré de https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/38282/1/Hodan%2C%20Yusuf%20Farah_2018_memoire.pdf

ANNEXE A



FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Titre du projet de recherche

Les utilisateurs des services en santé mentale : point de vue des communautés immigrantes

Étudiante-chercheure, Étudiant-chercheur

Nom : Reine Gracia Massam

Téléphone : [REDACTED]

Adresse courriel UQAM : massam.reine_gracia@courrier.uqam.ca

Programme d'appartenance : Maîtrise en travail social

Direction de recherche

Direction de recherche : Henri Dorvil

Adresse : 455 Boulevard René-Lévesque E, Montréal, QC H2L 4Y2

Local-W4340

Téléphone : (514) 987-3000 poste 3582

Adresse courriel : dorvil.henri@uqam.ca

Description du projet et de ses objectifs

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons particulièrement sur l'accessibilité aux soins et sur l'expérience des immigrants sur les services qui leur sont offerts en santé mentale. L'expérience subjective de l'immigration peut fragiliser la santé mentale des individus. Plusieurs recherches attestent qu'il n'est pas rare de voir des individus présenter des symptômes sévères de détresse psychologique ou d'état de stress post-traumatique lié

au parcours migratoire (pré et post migratoire). L'objectif de notre étude consiste donc à documenter la perception des usagers sur le système de santé et des services sociaux et de mesurer leur satisfaction sur les services reçus.

L'objectif de notre étude consiste donc à documenter la perception des usagers sur le système de santé et des services sociaux et de mesurer leur satisfaction. Le projet se déroulera sur une période d'environ 9 mois, incluant la période du recrutement. Le projet impliquera la participation de 6-7 personnes qui devront avoir les critères suivants : être un homme âgé ou une femme âgée de 18 ans et plus, être un immigrant de première génération, avoir un problème de santé mentale et avoir fréquenté ou fréquenter un service en santé mentale.

Collaboratrice, collaborateur

Cette section sera complétée dès que nous aurons un organisme communautaire avec qui collaborer.

Nature et durée de votre participation

Nous vous demandons de collaborer à un projet de recherche qui implique une collaboration avec vous dans le but de recruter des participants à cette recherche. Plus précisément, votre rôle consistera à diffuser notre recherche ainsi que nos coordonnées afin que les participants puissent nous contacter.

Engagement à la confidentialité

Dans l'exercice de mes fonctions de (coordonnatrice, coordonnateur ou d'assistant de recherche, ou autre), j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement écrit signé par les participantes, les participants avec l'étudiante-chercheuse, l'étudiant-chercheur et je m'engage à :

- Assurer la confidentialité des données recueillies, et donc ne pas divulguer l'identité des participantes, des participants ou toute autre donnée permettant d'identifier un participant, un organisme, des intervenants ou des organismes collaborateurs ;
- Assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies ;
- Ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

Une copie signée de ce formulaire d'engagement à la confidentialité doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement de la chercheuse, du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué à la signataire, au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'elle, qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

ANNEXE B



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Les utilisateurs des services en santé mentale : point de vue des communautés immigrantes

Étudiant.e-chercheur.e

Nom : Reine Gracia Massam

Téléphone : [REDACTED]

Adresse courriel UQAM : massam.reine_gracia@courrier.uqam.ca

Programme d'appartenance : Maîtrise en travail social

Direction de recherche

Direction de recherche : Henri Dorvil

Adresse : 455 Boulevard René-Lévesque E, Montréal, QC H2L 4Y2

Local-W4340

Téléphone : (514) 987-3000 poste 3582

Adresse courriel : dorvil.henri@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche et de vous rencontrer pendant une période de 60 minutes dans le lieu de votre choix afin de vous poser des questions sur votre appréciation sur les services en santé mentale que vous avez reçus. L'objectif est de recueillir votre expérience, vos suggestions ainsi que vos recommandations pour améliorer

les services en santé mentale. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

Description du projet et de ses objectifs

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons particulièrement sur l'accessibilité aux soins et sur l'expérience des immigrants sur les services qui leur sont offerts en santé mentale. L'expérience subjective de l'immigration peut fragiliser la santé mentale des individus. Plusieurs recherches attestent qu'il n'est pas rare de voir des individus présenter des symptômes sévères de détresse psychologique ou d'état de stress post-traumatique lié au parcours migratoire (pré et post migratoire). L'objectif de notre étude consiste donc à documenter la perception des personnes usagères sur le système de santé et des services sociaux et de mesurer leur satisfaction sur les services reçus. Le projet se déroulera sur une période d'environ 9 mois, incluant la période du recrutement. Le projet impliquera la participation de 6-7 personnes qui devront avoir les critères suivants : être un homme âgé ou une femme âgée de 18 ans et plus, être un immigrant de première génération, avoir un problème de santé mentale et avoir fréquenté ou fréquenter un service en santé mentale.

Nature et durée de votre participation

Une entrevue individuelle semi-dirigée de 60 minutes sera réalisée auprès de vous. Vous devriez donc être disponible pendant cette période. Une série de questions vous seront posées afin de recueillir des informations sur votre expérience. Les entrevues seront enregistrées par le chercheur puis retranscrites afin de recueillir les données et de faciliter

l'analyse de ces données. Ces entrevues pourront avoir lieu soit dans les centres fréquentés par les personnes ou via zoom dans le cas où les entrevues ne peuvent se faire en présentiel.

Avantages liés à la participation

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantages à participer à cette étude. Cependant, vous aurez contribué à l'avancement de la science. Les données recueillies suite à votre entretien permettront de proposer des pistes de solutions pour améliorer les services offerts aux immigrants avec un problème de santé mentale.

Risques liés à la participation

Nous sommes conscients que les participants encourent un risque notamment sur la santé mentale et sociale. Participer à notre recherche peut augmenter la vulnérabilité psychosociale des personnes. Effectivement, votre récit peut vous confronter à une réalité que vous trouvez difficile, vous rappeler de mauvais souvenirs ou encore vous faire vivre une grande détresse. À ce moment, vous pouvez prendre une pause ou vous retirer à tout moment. Nous sommes conscients aussi que cela pourrait contribuer à augmenter la stigmatisation sociale et la discrimination dont ils font face. Pour contrer cela, nous allons nous assurer que les informations recueillies resteront anonymes et que la vie privée des personnes est respectée.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de la chercheuse et de son directeur de recherche et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues transcrites seront numérotées et seuls la chercheuse et son directeur de recherche auront la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été transcrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés sous clef durant la durée de l'étude. L'ensemble des documents seront détruits cinq ans après la dernière communication scientifique.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer à ce projet ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser la chercheuse verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Compensation

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez une carte cadeau de Tim Horton d'une valeur de 10\$.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

Henri Dorvil (directeur de recherche)

Téléphone : (514) 987-3000 poste 3582

Adresse courriel : dorvil.henri@uqam.ca

Gracia Massam

Téléphone : [REDACTED]

Adresse courriel UQAM : massam.reine_gracia@courrier.uqam.ca

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ FSH) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ FSH : cerpe.fsh@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642].

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUES

Q. Pourriez-vous vous présenter (nom, âge, profession, etc.) ?

Q. Pouvez-vous nous raconter votre parcours migratoire de votre pays d'origine jusqu'au Canada ?

Q. Quel est votre statut actuel au Canada.

Q. Comment s'est passée votre intégration au Canada ?

Q. Qu'est-ce qui vous a amené à avoir besoin des services en santé mentale ?

Q. Avez-vous eu recours aux services d'aide ? Si oui lesquels ?

Q. Quelles sont selon vous les causes d'un problème de santé mentale ?

Q. Avez-vous parlé de votre problème de santé mentale aux membres de votre famille, entourage ?

Q. Continuez-vous à consulter ou planifiez-vous de consulter à nouveau ?

Avez-vous eu d'expérience négative en tant que personne immigrante ?

Q. Avez-vous eu d'expérience négative en tant que personne avec un problème de santé mentale ?

Q. Comment évalueriez-vous les services reçus. Positif, négatif ou à améliorer ?

Q. Quelles seraient donc vos suggestions pour améliorer les services ?

Q. Qu'est-ce que cette entrevue vous a apporté ?