

# le partenaire

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale



25 ANS

## Regards sur la diversité culturelle en santé mentale



est la revue de

l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Publiée 3 fois par année, cette revue est la seule de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale.

Siège social :

AQRP, 2380, avenue du Mont-Thabor,  
bureau 205

Québec (Québec) G1J 3W7

Internet : aqrp-sm.org

Éditrice : Esther Samson

esamson@aqrp-sm.org

Assistante éditrice : Guylaine Cloutier

gcloutier@aqrp-sm.org

Pour abonnement :

lepartenaire@aqrp-sm.org

418 523-4190, poste 214

Comité d'édition :

Rosanne Émard,

Consultante formatrice en réadaptation psychosociale et rétablissement et en suivi communautaire, Outaouais

Michel Gilbert,

Coordonnateur du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)

Diane Harvey,

Directrice générale, AQRP, Québec

Paul Jacques,

Psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Équipe SIM, Programme clientèle des troubles anxieux et de l'humeur

Mathieu Morel-Bouchard,

ARH Santé Mentale Justice - PAJSM au CIUSSS des Laurentides, Leader de Collaboration en Établissement

Isabelle Morin,

Directrice de la planification et de l'engagement communautaire, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

Marie-Hélène Morin,

Travailleuse sociale, professeure régulière en travail social, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,

Professionnel de recherche au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et professeur associé au département de sociologie de l'Université Laval

Révision des textes :

Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :

www.fleurdelyssee.ca

Impression :

Les Copies de la Capitale, Québec

ISSN : 1188-1607

### CARNET ÉDITORIAL

#### 3 Santé mentale et diversité culturelle : au cœur du mieux vivre ensemble

### CHRONIQUE DU FRANC-TIREUR

#### 4 De l'importance de la sensibilité culturelle pour l'avenir du travail social

Kharoll-Ann Souffrant, étudiante, 1<sup>er</sup> cycle en travail social, Université McGill; utilisatrice de services en santé mentale

#### 6 La diversité culturelle au Québec – Un bref aperçu

Marie-Josée Pruneau, agente de projet, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)  
Collaboratrice : Esther Samson, éditrice, revue *le partenaire*, AQRP

#### 8 Intervenir en santé mentale en contexte interculturel : quelques enjeux à considérer

Janique Johnson-Lafleur, M. Sc., coordonnatrice de recherche, Centre de recherche SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CODIM)

#### 12 Les représentations culturelles de la santé mentale

Emmanuelle Bolduc, MBA; Étudiante M. Sc., Psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill; Coordonnatrice, ACCESS Esprits ouverts Parc-Extension, SHERPA-Institut universitaire au regard des communautés culturelles du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

#### 15 Pertinence de l'utilisation d'un interprète médiateur culturel en contexte d'intervention en santé mentale

Carole Boulebsol, intervenante communautaire; membre, Comité des relations interculturelles, Association canadienne pour la santé mentale; membre fondatrice, Collectif pour l'approche transculturelle (CAT); étudiante, maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal; ancienne coordonnatrice (2010-2016), Clinique pédiatrique transculturelle, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

#### 18 Ma culture, ma famille, ma foi : les déterminants de mon rétablissement

Maria Térésa Justino, paire aidante certifiée

#### 19 Mieux-être des Premières Nations : une histoire de résilience

Audrey Vézina, conseillère en santé mentale  
Collaboratrice : Natacha Hervieux, conseillère en mieux-être et prévention des dépendances

#### 23 Le mieux-être chez la population autochtone en milieu urbain

Tanya Sirois, directrice générale; Jacinthe Poulin, chargée de projets en santé et en services sociaux; Joannie Caron, responsable des communications, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

#### 26 Accès aux services de santé mentale : un défi pour les Franco-Ontariens

Raymond Tempier, M.D., M. Sc., FRCPC

#### 28 L'offre de services en santé mentale des jeunes immigrants francophones d'origine africaine : une réflexion sur les représentations et les conceptions à partir du contexte manitobain

Léna Diamé Ndiaye, Ph. D., Professeur, Université de Saint-Boniface, Winnipeg

#### 30 Rencontrer l'autre dans ses ressemblances et dans ses différences

Ellen Corin, membre, Société psychanalytique de Montréal

### NOUS AVONS LU POUR VOUS...

#### 34 Stigmatisation – Les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse

Henri Dorvil, Laurie Kirouac et Gilles Dupuis, Presses de l'Université du Québec, 2015

Catherine Joly, conseillère en intégration socioprofessionnelle, Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAIME)

# Santé mentale et diversité culturelle : au cœur du mieux vivre ensemble

Au cours de la dernière année, nous avons pu suivre dans l'actualité l'exode des Syriens de leur pays, le plus grand déplacement de masse depuis la Seconde Guerre mondiale. Le Canada a d'ailleurs contribué à l'accueil de milliers d'entre eux. De plus, la population autochtone a été sous la mire des nouvelles dans plusieurs dossiers : celui de la Commission de vérité et réconciliation du Canada qui a remis son rapport final après avoir recueilli pendant six ans les témoignages sur les sévices subis par les anciens élèves des pensionnats autochtones; celui de l'Enquête nationale annoncée sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées; celui des conditions de vie dans certaines communautés. La couverture médiatique de ces sujets explique sans aucun doute l'intérêt pour notre comité d'édition de consacrer ce numéro à la thématique de la diversité culturelle dans notre province et pays et à son rapport à la santé mentale.

En ouverture, Kharoll-Ann Souffrant, étudiante d'origine haïtienne en travail social, traite de l'importance de la « sensibilité culturelle » dans nos pratiques d'intervention en santé mentale. Suivent quelques données démographiques sur la diversité culturelle au Québec, un portrait réalisé par Marie-Josée Pruneau qui permet en un clin d'œil de constater la réalité de la mixité culturelle québécoise.

Janique Johnson-Lafleur aborde ensuite la question de l'intervention en santé mentale dans un contexte interculturel. L'auteure explore les enjeux d'ordre clinique, éthique et politique et des pistes de solutions pour les intervenants.

Pour poursuivre notre réflexion, Emmanuelle Bolduc nous entretient des représentations de la santé mentale et de l'influence de la culture et de la migration sur le processus de formation de celles-ci. Carole Boulebsol met ensuite en valeur la pertinence de l'utilisation des interprètes médiateurs culturels à partir de l'expérience de la clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Et Maria Teresa Justino nous parle de son parcours de rétablissement influencé par l'origine portugaise de sa famille et de sa communauté.

Par ailleurs, nous avons jugé opportun de faire une place significative à la population autochtone, premiers habitants de notre territoire, avec les textes d'Audrey Vézina et Natacha

Hervieux et du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. Ces textes nous brossent un tableau différent de ce qu'on a pu apprendre dans nos cours d'histoire et nous familiarisent avec le concept du mieux-être personnel – qui se distingue du concept de la santé mentale – ainsi qu'avec des projets porteurs d'espoir pour ces peuples résilients. Et si nous tirions des leçons de ces textes? Reconnaître certaines erreurs commises dans le passé pourrait orienter aujourd'hui notre façon d'accueillir les gens d'autres cultures...

D'autre part, nous avons le plaisir d'avoir la collaboration de Raymond Tempier de l'Ontario et celle de Léna Diamé Ndiaye du Manitoba qui tous deux nous font part d'une perspective canadienne de la diversité culturelle dans un contexte linguistique minoritaire. Le premier nous souligne combien les personnes qui ne possèdent pas les compétences linguistiques nécessaires ont de la difficulté à avoir accès aux services de santé mentale. Le second nous décrit le caractère incontournable de la prise en compte des représentations de la santé mentale, en particulier pour les jeunes Africains présentant un trouble mental, dont la nature exacte échappe encore aux professionnels de la santé à cause de ces dites représentations.

En guise de conclusion sur ce thème, Ellen Corin nous invite à repenser notre rapport à l'autre aussi bien dans notre vie que dans nos programmes et nos services, en mettant l'accent sur ce qui nous est commun.

Nous sommes conscients que ce numéro n'éliminera pas les préjugés vis-à-vis de la diversité culturelle, mais nous espérons avoir réussi à mettre en évidence l'importance de la culture dans les représentations de la santé mentale de tous et chacun et donc d'en tenir compte dans nos relations et interventions.

En clôture du numéro, nous retrouvons notre rubrique *Nous avons lu pour vous*, où Catherine Joly commente pour nous le livre *Stigmatisation – Les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse* de Henri Dorvil et coll., un commentaire qui nous invite à plonger dans cette lecture!

Guylaine Cloutier,  
assistante éditrice

Collaboration : Esther Samson,  
éditrice



Guylaine Cloutier  
Assistante éditrice



Esther Samson  
Éditrice

## Courtepointe du dialogue Autochtone pour la prévention et la sensibilisation en lien avec le VIH/SIDA

*Ce dialogue artistique répondait au besoin d'un espace culturel sécuritaire pour discuter du VIH entre femmes autochtones. Le cercle de la courtepointe s'est révélé culturellement pertinent. Fascinés par les arts, nous avons utilisé sur un carré textile les traditions orales et les symboles pour créer des messages de sensibilisation au VIH et pour parler de prévention. Les participantes ont conclu que le prétexte de la couture était propice pour favoriser le dialogue sur la difficulté de vivre avec le VIH/SIDA, en incluant la dimension de la détresse psychologique. L'approche holistique chez les Autochtones*

*(le concept de mieux-être global) permet de s'exprimer sur les quatre dimensions : physique, émotionnelle, mentale et spirituelle, cette dernière ouvrant la porte vers l'espoir.*

**Réalisée par :** femmes, enfants, patients, familles, amies, membres des Premières Nations, Inuites, Métis, au Foyer pour Femmes autochtones de Montréal

**Coordination du projet :** Carrie Martin, coordonnatrice; Pascale C. Annual, Arts, Racines et Thérapies (artracines@bellnet.ca)



# De l'importance de la sensibilité culturelle



Kharoll-Ann Souffrant

Kharoll-Ann Souffrant, étudiante, 1<sup>er</sup> cycle en travail social, Université McGill; utilisatrice de services en santé mentale

Je suis une étudiante au 1<sup>er</sup> cycle en travail social, une utilisatrice de services en santé mentale et une Québécoise d'origine haïtienne. Le thème du présent numéro, soit la compétence culturelle, me concerne sous plusieurs angles. Pour le bien du présent texte, je troquerai l'expression « compétence culturelle » pour « sensibilité culturelle », car j'estime impossible que l'on puisse être entièrement compétent dans une culture, surtout si l'on n'appartient pas soi-même à celle-ci. Qui plus est, croire que l'on puisse l'être pourrait mener à de nombreux dérapages en intervention auprès de personnes qui n'ont pas le même accès que la majorité au système de santé et de services sociaux et qui ont besoin de services adaptés prenant en compte leur réalité bien spécifique. À partir du moment où l'on se situe dans des certitudes rigides, les risques de se tromper et de causer du tort en tant qu'intervenant augmentent de façon exponentielle, malgré de bonnes intentions. Je crois que mon héritage de femme ayant été élevée avec deux cadres de références culturels différents m'offre une très grande capacité à nuancer les interventions que je réalise au quotidien auprès de communautés ethniques, culturelles ou autochtones. Le fait de vivre moi-même avec un trouble de santé mentale constitue également un atout; j'ai vu les deux côtés de la médaille en ce qui a trait à l'intervention en santé mentale. Je peux également attester que le racisme et autres formes d'exclusion sociale ont des conséquences sur la santé mentale de ceux qui en subissent les contrecoups.

Selon la Fédération internationale des travailleurs sociaux, la profession cherche à améliorer le bien-être général des personnes en misant sur une analyse de leurs problématiques et en les situant dans leur environnement. En ce sens, les principes des droits de la personne et de justice sociale sont centraux pour la profession. L'Association canadienne des travailleurs sociaux ainsi que l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec abondent dans le même sens. Dans un contexte où le Québec accueille chaque année une population immigrante provenant des quatre coins du globe, il importe donc que la profession s'actualise afin que cette diversité se reflète tant en amont qu'en aval du système de la santé et des services sociaux. Historiquement, on pouvait compter très peu de travailleurs sociaux issus eux-mêmes de communautés ethniques ou culturelles. Cela a en partie occasionné plusieurs erreurs majeures de la part de membres de la profession envers des groupes marginalisés. C'est donc dans cet esprit que la notion de « sensibilité culturelle » a émergé au cours des années 80 pour donner lieu à un ensemble de pratiques touchant tous les milieux où s'articule la profession, tant du côté de la qualité des services offerts directement aux

personnes que de celui des politiques sociales. Cette question est particulièrement pertinente dans les soins en santé mentale, considérant que la santé et la maladie mentale ne sont pas perçues ni comprises de la même manière partout à travers le monde.

La culture, souvent confondue avec la notion de race, est en mouvement perpétuel. Elle fait référence à des idées partagées, à des structures non matérielles, à des habitudes et à des règles qui permettent de circonscrire les individus comme faisant partie d'un groupe donné en plus de favoriser un sentiment de cohésion entre eux (Bhui 2002, Fernando 1991). C'est donc une manière de vivre (Fernando 1995). Selon Bhui (2002), la plupart des sociétés modernes sont un mélange de plusieurs sous-cultures. En fait, ces sous-cultures ne sont pas statiques, surtout lorsque plusieurs d'entre elles se côtoient au quotidien (Fernando 1995). Cela a donc des implications intéressantes pour la pratique en santé mentale des travailleurs sociaux et travailleuses sociales qui portent inévitablement en eux une culture et des sous-cultures, qu'ils en soient conscients ou non. Il faut cependant retenir que le concept de sensibilité culturelle n'est pas une panacée pouvant s'appliquer uniformément à tous les individus d'un groupe donné. C'est d'ailleurs l'une de ses dérives potentielles. Plutôt, au lieu de percevoir la culture comme un prédicteur de ce qui est important pour l'autre, il est préférable de la voir comme un indicateur d'éléments qui pourraient être appropriés pour la personne qui peut très bien définir sa culture à sa manière (Sewell 2008).

Étant donné que les processus sociaux et culturels ont des effets directs sur les manifestations de la maladie, les symptômes de détresse et les façons subséquentes de gérer ces situations et de demander de l'aide (Kirmayer 2005), que peut-on faire pour améliorer notre pratique en tant que travailleur social auprès de communautés ethniques et culturelles? Dans un article publié en 2012, la clinicienne Shirley Ramos offre plusieurs options stimulantes. D'entrée de jeu, elle insiste sur la nécessité de voir les personnes vivant avec un diagnostic de maladie mentale comme étant les experts de leur propre vie et de reconnaître les connaissances qu'elles possèdent à propos d'elles-mêmes. Cela signifie de trouver un « terrain d'entente » malgré les divergences qui peuvent subsister à propos de la conception même de la maladie mentale. Concrètement, cela peut se traduire par le refus d'utiliser le jargon biomédical avec une personne et le choix de plutôt valider les émotions de celle-ci en partant de ses propos, en visitant la communauté à laquelle elle appartient ou encore en cherchant à parfaire ses connaissances en participant à des colloques ou à des activités de formation

# pour l'avenir du travail social



réalisées en partenariat avec le milieu de la santé mentale et des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Parce que – ne l'oublions pas – toute personne atteinte d'un problème de santé mentale possède une expertise sur elle-même et il faut le reconnaître plutôt que d'adopter un discours paternaliste à son égard.

Dans un contexte où les sociétés et les individus qui la composent se diversifient, les interventions se complexifient. Il pourrait

être certainement intéressant de recourir de manière plus large aux techniques antioppressives dans le domaine du travail social. Bien que l'accès de certaines grappes de la société au réseau de la santé et des services sociaux soit limité, les intervenants et principaux acteurs doivent être sensibilisés aux différences des individus qu'ils rencontrent dans le cadre de leur pratique. Je crois sincèrement que l'assurance d'une meilleure justice sociale, d'une plus grande équité et de soins adaptés commence par là.

## BIBLIOGRAPHIE

Bhui, K. (2002). *Racism and Mental Health: Prejudice and Suffering*, London, Jessica Kingsley Publishers.

Fernando, S. (1991). *Mental Health, Race and Culture*, Hampshire, Macmillan Press.

Fernando, S. (1995). *Mental Health in a Multi-ethnic Society: A Multi-disciplinary Handbook*, London, Routledge.

Kirmayer, L. J. (2005). « Culture, context and experience in psychiatric diagnosis ». *Psychopathology*, 38(4), 192-196.

Ramos, S. (2012). « La compétence culturelle en santé mentale : regarder à travers la lunette de la maladie mentale ». *Actualités ergothérapeutiques*, 14(1), 25-27.

Sewell, H. (2008). *Working with Ethnicity, Race and Culture in Mental Health: A Handbook for Practitioners*, Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.

# La diversité culturelle au Québec – Un bref aperçu



Marie-Josée Pruneau

Marie-Josée Pruneau, agente de projet, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)  
Collaboratrice : Esther Samson, éditrice, revue *le partenaire*, AQRP

## UNE DIVERSITÉ QUI ÉVOLUE AVEC LE TEMPS

Dans les années 1960-1970, la majorité des immigrants s'établissant au Québec provenait de France et d'Angleterre. Au cours des décennies suivantes, et notamment depuis l'entrée dans le nouveau millénaire, le nombre d'immigrants admis chaque année s'est accru considérablement, passant de 26 509 en 1998 à 55 044 en 2012<sup>1</sup>. Leur provenance s'est, du même coup, diversifiée. Bien qu'encore très homogène – l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 estimait à 12,6 % la part de la population immigrée de la province<sup>2</sup> –, le Québec se transforme peu à peu et est aujourd'hui constitué d'une mosaïque d'individus provenant de tous les continents et de traditions culturelles variées.

## LA RÉGION DE MONTRÉAL SE DISTINGUE

Alors que la majorité des citoyens québécois s'insère dans la catégorie suivante : individus caucasiens (89 %)<sup>3</sup>, de tradition catholique (75 %)<sup>4</sup> et francophones (78 %)<sup>5</sup>, on constate un net contraste entre la réalité sociodémographique des régions et celle de Montréal. Ainsi, en 2011, 47 %<sup>6</sup> des habitants

de la région montréalaise avaient le français pour langue maternelle, alors que la moyenne des autres régions était de 88 %<sup>7</sup>. En 2011, la région métropolitaine de Montréal comptait également 20 % de personnes de minorités visibles, alors que ce pourcentage était de 2,2 %<sup>8</sup> pour le reste du Québec.

## COUP D'ŒIL SUR LES PREMIÈRES NATIONS

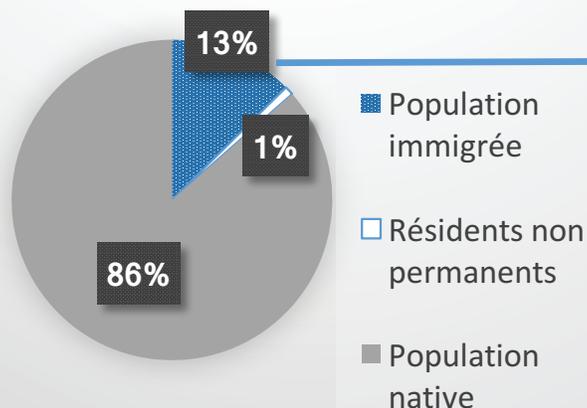
Enfin, bien que leur nombre soit peu élevé (environ 1 % de la population du Québec), il est important d'aborder ici la démographie des Premières Nations du Québec, Amérindiens et Inuits. En 2015, Statistique Canada dénombrait ainsi 104 633 personnes, dont 88 % d'Amérindiens et 12 % d'Inuits<sup>9</sup>. Fait intéressant, au Canada, la population autochtone s'accroît plus rapidement que la population non autochtone. Ainsi, de 2006 à 2011, le taux de croissance de la population totale d'identité autochtone était de 20 % contre 5 % pour la population non autochtone<sup>10</sup>. Autre fait d'intérêt, un Autochtone du Québec sur trois (32 %) peut soutenir une conversation dans une langue autochtone, alors que moins d'un Autochtone sur cinq (17 %) au Canada peut en faire autant<sup>11</sup>.



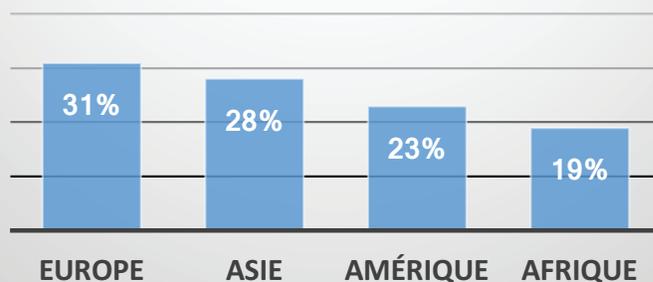
Esther Samson

## LA DIVERSITÉ CULTURELLE AU QUÉBEC, QUELQUES STATISTIQUES...

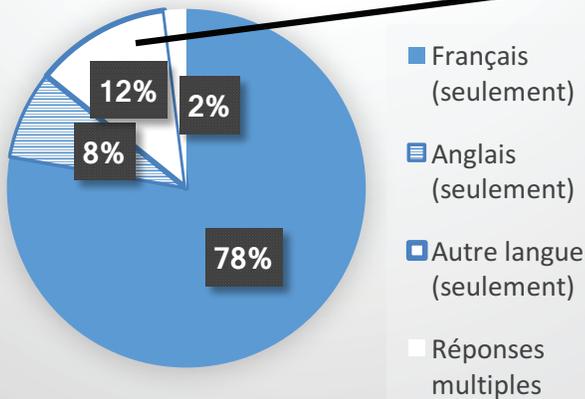
Part de la population immigrée dans la population du Québec, 2011<sup>12</sup>



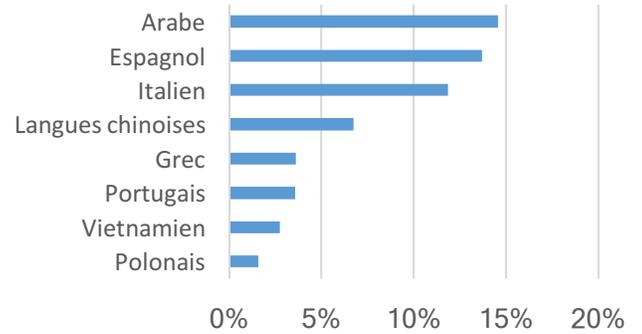
Population immigrée selon le continent de naissance, Québec, 2011<sup>13</sup>



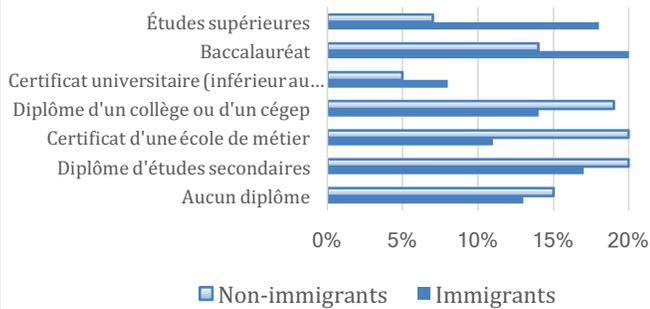
### Population selon la langue maternelle Québec, 2011<sup>14</sup>



### Population de langue maternelle autre, selon la langue maternelle Québec, 2011<sup>15</sup>



### Répartition de la population âgée de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité atteint et le statut d'immigrant, Québec, 2011<sup>16</sup>



<sup>1</sup> [http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA\\_ImmigrDiversite\\_Politique.pdf](http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA_ImmigrDiversite_Politique.pdf), p. 19.  
<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 8.  
<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 14.  
<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 9.  
<sup>5</sup> <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/demo11b-fra.htm>.  
<sup>6</sup> [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/recens2011\\_reg/langue\\_logement/lan\\_mat\\_reg.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/recens2011_reg/langue_logement/lan_mat_reg.htm).  
<sup>7</sup> *Ibid.*  
<sup>8</sup> [http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA\\_ImmigrDiversite\\_Politique.pdf](http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA_ImmigrDiversite_Politique.pdf), p. 14.  
<sup>9</sup> <http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm>.  
<sup>10</sup> [http://www.ciqss.umontreal.ca/Docs/Seminaires/PresentationBD/2014-01-31\\_ENM\\_CDR%20Mtl.pdf](http://www.ciqss.umontreal.ca/Docs/Seminaires/PresentationBD/2014-01-31_ENM_CDR%20Mtl.pdf), p. 7.  
<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 20.  
<sup>12</sup> [http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA\\_ImmigrDiversite\\_Politique.pdf](http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA_ImmigrDiversite_Politique.pdf), p. 8.  
<sup>13</sup> *Ibid.*  
<sup>14</sup> <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/demo11b-fra.htm>.  
<sup>15</sup> *Ibid.*  
<sup>16</sup> <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol18-no3.pdf#page=3>.

# Intervenir en santé mentale en contexte quelques enjeux à considérer



Janique Johnson-Lafleur

Janique Johnson-Lafleur, M. Sc., coordonnatrice de recherche, Centre de recherche SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CODIM)<sup>1</sup>

Dans le domaine de l'intervention professionnelle en santé mentale, tenir compte de la culture soulève de multiples enjeux et représente un défi important pour les cliniciens, surtout pour ceux n'ayant pas été formés en intervention interculturelle. Or, en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, la diversité culturelle de la population du Québec est bien réelle et les situations cliniques interculturelles sont de plus en plus fréquentes, particulièrement – mais non uniquement – dans certains quartiers de Montréal. Par conséquent, les professionnels doivent parfois affronter des problèmes nécessitant une adaptation de leurs interventions et des prises de décisions complexes reliées à cette diversité. De plus, les différences culturelles sont souvent invoquées par les intervenants comme un facteur explicatif des impasses et des difficultés cliniques (INSPQ 2015) pouvant générer des sentiments d'impuissance et de frustration, et provoquer des réactions défensives chez les praticiens (Daxhelet et coll., soumis). La transformation de la société québécoise interroge donc directement les limites de la formation des professionnels de même que leurs conditions d'intervention et le soutien qui leur est offert.

L'objectif de ce texte est d'explorer les enjeux soulevés par les pratiques professionnelles en santé mentale en contexte interculturel, en portant une plus grande attention à la position des intervenants qui œuvrent dans cet univers et vivent ces questionnements dans leur pratique. Dans un premier temps, des enjeux d'ordre clinique seront présentés, principalement en lien avec l'évaluation des situations, l'élaboration de plans d'intervention et les problèmes de communication et de relations thérapeutiques. Des pistes de solutions pour les intervenants seront également proposées. Puis, des enjeux d'ordre éthique et politique seront abordés, c'est-à-dire des questions plus larges liées aux aspirations collectives, à la distribution des ressources et à la gestion de la diversité. Enfin, l'accessibilité à des soins de qualité pour l'ensemble des citoyens ainsi que les phénomènes de xénophobie et de discrimination envers les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires seront examinés.

## LA TRANSFORMATION DES CONTEXTES DE PRATIQUE EN SANTÉ MENTALE ET LES ENJEUX QU'ELLE SOULÈVE

Au cours des dernières décennies, le Québec s'est grandement diversifié culturellement. Contrairement aux immigrants du tournant du XX<sup>e</sup> siècle qui provenaient majoritairement d'Europe, les nouveaux arrivants sont aujourd'hui originaires de plusieurs autres régions du monde, principalement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique (Gouvernement du Québec 2012).

L'intervention en santé mentale est directement interpellée par cette nouvelle réalité, puisque les personnes qui reçoivent des services ne partagent pas toujours les mêmes référents culturels que les cliniciens qui les soignent et les institutions qui les accueillent.

Dans leur pratique, certains professionnels disent ne pas toujours se sentir en mesure d'agir de façon appropriée auprès des personnes chez lesquelles ils observent des différences culturelles et ils expriment le besoin d'augmenter leurs compétences interculturelles afin de mieux orienter leurs interventions (INSPQ 2015). En effet, l'importance de la culture en santé mentale est maintenant reconnue et l'influence de facteurs culturels se déploie de manière transversale, à toutes les étapes du suivi. Les représentations culturelles jouent un rôle essentiel dans les perceptions entourant la santé mentale, la normalité, les rôles de genre, les dynamiques familiales, etc., et ces perceptions entrent en jeu dans la rencontre clinique, qu'elles soient reconnues explicitement ou non (Kirmayer et coll. 2014). Soulignons également que ce ne se sont pas seulement les représentations culturelles des personnes recevant des services qui sont ici en cause, mais également celles des intervenants qui les prodiguent, bien qu'elles soient moins souvent reconnues expressément. De fait, puisque les valeurs, normes et pratiques de la majorité sont plus communes, elles sont donc plus souvent impensées et sont donc considérées comme « allant de soi<sup>2</sup> ». Or, ignorer les éléments culturels dans les soins de santé mentale peut mener à des services de piètre qualité : erreur de diagnostic, mauvaise évaluation de la situation, plan d'intervention inapproprié, difficulté d'alliance et non-observance du traitement par les personnes utilisatrices de services (Alegria et coll. 2010, Hansson et coll. 2010, Kirmayer et coll. 2007).

Malgré la complexité des défis associés à la prise en compte de la culture en santé mentale, il existe des outils pouvant soutenir les intervenants dans leur pratique et les aider à orienter la collecte d'éléments culturels dans le cadre de leurs évaluations cliniques. Par exemple, l'Entretien de formulation culturelle (EFC) du DSM-5 (APA 2013), qui consiste en une liste de 16 questions avec des modules supplémentaires. Cependant, le choix des questions et des modules à privilégier n'est pas examiné dans l'EFC, pas plus que la manière d'analyser les éléments colligés et de les intégrer à un plan d'intervention culturellement acceptable pour la personne utilisatrice. Il semble que ces habiletés s'apprennent essentiellement sur le terrain, sous la supervision de cliniciens chevronnés, car

<sup>1</sup> L'auteure tient à remercier Cécile Rousseau, pédopsychiatre transculturelle et directrice scientifique du Centre de recherche SHERPA, pour ses commentaires judicieux qui ont contribué à la version finale de ce texte.

<sup>2</sup> L'anthropologue Allan Young propose de définir la culture comme un système de croyances et de pratiques vues comme allant de soi (*taken for granted*) pour une population donnée.

# interculturel :

à l'acquisition d'un savoir doit s'ajouter l'acquisition d'un certain type de savoir-faire et de savoir-être promouvant un dialogue ouvert et respectueux (Rousseau et Guzder 2015).

Au Québec, il existe des cliniques spécialisées, des banques d'interprètes et de médiateurs culturels, des services de consultations culturelles et de la formation pour soutenir l'intervenant dans un contexte interculturel<sup>3</sup>. À titre d'exemple, des séminaires interdisciplinaires et interorganisationnels de discussion de cas sont tenus depuis plusieurs années à Montréal afin de former les cliniciens à intervenir de façon culturellement sensible, c'est-à-dire de leur apprendre à considérer l'importance du culturel dans la clinique, tout en évitant de recourir à des visions essentialistes de la culture qui attribuent des croyances et des comportements à des groupes ethnoculturels spécifiques, ce qui peut mener à stéréotyper des communautés entières. Cette formation par discussion de cas, qui se fonde sur des événements cliniques réels transmis par les participants, permet à ceux-ci de mieux comprendre la complexité de l'expérience socioculturelle des personnes suivies et de repenser les situations cliniques afin de trouver des pistes alternatives d'intervention davantage appropriées au contexte (Rousseau et coll., sous presse). En créant un espace sécuritaire où les intervenants en formation peuvent explorer leurs propres biais, les séminaires interdisciplinaires et interorganisationnels de discussion de cas les aident donc à adopter une posture d'ouverture et de réflexivité, et à élaborer des hypothèses cliniques qui pourront être validées auprès de la personne utilisatrice et, si c'est nécessaire, modifiées en cours de suivi. Cette approche permet de voir l'influence des facteurs culturels en tenant compte des tensions toujours présentes entre l'identité individuelle et l'appartenance collective.



## CULTURE ET INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE: ENTRE CLINIQUE, ÉTHIQUE ET POLITIQUE

Outre des enjeux d'ordre clinique, la prise en compte de la culture en santé mentale en soulève d'autres – complexes –, éthiques et politiques, qui concernent notre relation à l'altérité et à la gestion de la diversité. Puisque la culture consiste en un ensemble de normes et de valeurs partagées qui orientent les perceptions et comportements individuels, il est possible que le fait de considérer les éléments culturels dans la pratique crée des dilemmes éthiques chez les intervenants si ces composantes semblent contredire leurs propres valeurs ou normes. Devant ce qui peut provoquer des réactions émotives et une certaine confusion, les cliniciens doivent naviguer entre deux grands écueils : éviter de culturaliser l'inacceptable et contourner tout autant le danger de pathologiser la différence<sup>4</sup>. D'ailleurs, en adoptant une perspective historique, force est de constater que les valeurs et normes d'une société sont le produit d'une époque donnée et qu'elles résultent de luttes de pouvoir et de débats sociaux (lutte féministe, décolonisation,

<sup>3</sup> Pour la région de Montréal, l'Association canadienne pour la santé mentale a conçu une liste de références des services en santé mentale dédiés aux communautés ethnoculturelles. Cette liste est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://acsmmontreal.qc.ca/communautes-ethnoculturelles/>. Mentionnons que des activités de formation de base en intervention interculturelle sont offertes par le Centre de recherche SHERPA du CIUSSS du CODIM; elles s'adressent aux intervenants du domaine de la santé et des services sociaux de l'ensemble des régions du Québec. De l'information supplémentaire est fournie en ligne sur le site <http://www.sherpa-recherche.com/fr/formation/formation-en-interculturel/>.

<sup>4</sup> La violence envers les femmes est particulièrement intéressante à cet égard. Ainsi, lorsqu'une femme est frappée par un homme « racisé », certains ont pour réflexe d'imputer le geste à l'identité culturelle de l'homme, culture qui serait intrinsèquement violente, machiste, voire barbare. Or, cette culturalisation de la violence se base sur une conception simpliste et monolithique de la culture, conception ayant pourtant été mise à l'épreuve par l'anthropologie contemporaine qui a bien montré que le culturel est fluide, dynamique et hétérogène. De plus, en présentant les agresseurs « racisés » comme étant soumis à leur culture, le discours de la culturalisation les transforme en des êtres dépourvus de libre-arbitre, donc moins humains. Pourtant, la violence conjugale commise par les hommes blancs, notamment québécois, n'est jamais considérée comme représentative de leur culture. Elle nous permet cependant de reconnaître le caractère universel du patriarcat et de la violence dans les relations de genre. Soulignons que les diverses façons d'expérimenter la condition humaine, la féminité ou les rapports de séduction, par exemple, n'ont pas à être pathologisées. Souvent en lien avec le colonialisme qui pose les normes et pratiques occidentales comme uniques jalons de l'humanité, l'individualisme par exemple, cette pathologisation de la différence peut créer des réactions défensives chez des femmes qui, dans ces cas, expérimentent tant des pressions sexistes que d'autres davantage issues du racisme.



militantisme, conflits économiques, etc.). Ces représentations culturelles de la majorité ne sont pas d'emblée adoptées par l'ensemble des membres d'une société – elle-même hétérogène –, bien qu'avec le temps, les plus dominantes se manifestent dans les institutions selon des relations de pouvoir et des structures de domination historiques dont les dimensions culturelles restent impensées (Bourgeault 2004).

Ainsi, toute société humaine reconnaît certains principes comme fondamentaux et faisant office de normes communes. Au Québec, la Charte québécoise des droits et libertés de la personne adoptée en 1975 correspond en quelque sorte à une institutionnalisation des normes et des valeurs de notre société. Y sont inscrits des principes fondamentaux tels que l'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi que des motifs de discrimination interdits, dont la religion, la langue et l'origine ethnique. Or, au mandat de protéger les libertés individuelles et de lutter contre les discriminations s'ajoute celui de s'assurer que « les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des

valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec » (Gouvernement du Québec 2016).

Une tension existe donc entre intérêts individuels et collectifs au sein de cette charte, tension qui s'exprime également en intervention professionnelle en santé mentale. Cette tension relève tant de l'éthique que du politique, puisqu'elle pose la question de l'accessibilité à des services de qualité et adaptés à l'ensemble des citoyens, sans discrimination quant à leur origine ethnoculturelle, tout en s'assurant que les ressources collectives soient utilisées selon les principes d'équité et de justice sociale. Or, la littérature scientifique indique que les soins en santé mentale sont sous-utilisés par les minorités culturelles, notamment en raison de barrières linguistiques, culturelles et structurelles (Kirmayer et coll. 2007). Par conséquent, les enjeux éthiques en contexte interculturel ont trait d'abord et avant tout au principe de l'universalité d'accès aux services. De plus, puisque d'ignorer les éléments culturels en santé mentale peut occasionner des soins de piètre qualité, un manque d'adaptation des services à la diversité culturelle remet en cause le principe d'accès à des services de qualité pour tous, incluant des soins fournis dans un contexte culturellement sécuritaire<sup>5</sup> et préservant la dignité de la personne utilisatrice. Ainsi, un enjeu collectif important est celui de bien former les intervenants et de suffisamment les outiller dans leur pratique pour qu'ils évitent d'adopter une posture défensive pouvant nuire à la qualité de leurs interventions et pour que le principe d'accès à des services de qualité pour tous ne reste pas que théorique.

Afin d'aider les intervenants relevant ce type de défi, le CSSS de la Montagne, qui dessert des quartiers montréalais pluriethniques, a conçu un guide d'intervention clinique traitant de l'adaptation des pratiques cliniques en contexte de diversité culturelle (CSSS de la Montagne 2011). Le guide s'adresse « aux professionnels de la santé qui doivent prendre des décisions difficiles face aux demandes d'adaptation ou d'accommodement de services faites par certains clients ou clientes ». Disponible en ligne<sup>6</sup>, ce document suggère des questions à se poser et des procédures décisionnelles à suivre pour accompagner la prise de décision. Il insiste sur l'intérêt de combiner le jugement professionnel des intervenants, le cadre légal des pratiques et la vulnérabilité de la personne utilisatrice. Bien qu'une demande d'adaptation des services soit plutôt rare et qu'elle se solde facilement par un dialogue constructif et une souplesse mutuelle concertée, les intervenants peuvent se référer à ce guide et limiter ainsi les possibilités de décisions arbitraires et d'abus de pouvoir.

Finalement, même s'ils sont difficiles à aborder, les phénomènes de xénophobie et de discrimination dans la société et ses institutions nécessitent que nous nous y attardions. Leur présence dans les soins de santé mentale est bien réelle, tant d'un point de vue historique que dans des pratiques contemporaines (Fernando 2010), et les réactions négatives envers les différences culturelles peuvent avoir des conséquences

<sup>5</sup> La notion de sécurité culturelle, développée en contexte autochtone en Nouvelle-Zélande dans les années 1980, réfère à la prise en compte des relations de pouvoir historiques et contemporaines dans les institutions sociosanitaires. Elle se fonde sur la reconnaissance de la diversité culturelle par les institutions et les cliniciens, et sur la création d'un espace sécuritaire (*safe space*) au sein duquel les identités et croyances culturelles fondamentales sont respectées (Kirmayer 2012).

<sup>6</sup> [En ligne]. [[https://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss\\_dlm/Publications/guide\\_diversite\\_culturelle.pdf](https://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/guide_diversite_culturelle.pdf)].

bien tangibles sur des personnes vulnérables et des communautés entières. Les croyances stéréotypées et attitudes hostiles envers certains groupes ethnoculturels ainsi que les discours et incidents haineux qui peuvent les accompagner prennent différentes formes selon le lieu et le moment où ils se déploient. Aux États-Unis, par exemple, il a été reconnu que les minorités ethnoculturelles reçoivent des soins de santé mentale de qualité inférieure et des traitements plus intrusifs, et qu'il existe encore de sérieux obstacles à leur accès aux services (Holden et coll. 2014, Smedley et coll. 2003).

Au Québec, même si les tensions raciales manifestes sont moins importantes qu'aux États-Unis, une étude menée à Montréal a montré que les personnes de descendance africaine ont une trajectoire de soins psychiatriques différente et plus négative que celle des gens d'origine euro-canadienne ou asiatique, étant plus fréquemment conduites à l'urgence psychiatrique par des policiers ou des ambulanciers, indépendamment du nombre de symptômes psychotiques présentés (Jarvis et coll. 2005). D'autres études réalisées à Montréal ont fait part d'une association significative entre la perception de la discrimination et la présence de détresse psychologique. La perception de la discrimination a pratiquement doublé en l'espace de dix ans, particulièrement pour les communautés du Maghreb et du Moyen-Orient depuis le 11 septembre 2001 et la « guerre au terrorisme » alimentée dans son sillage, mais également pour d'autres groupes minoritaires, comme la communauté haïtienne (Rousseau et coll. 2011). Plus récemment, les débats ayant entouré le projet de Charte des valeurs ont mis au jour cette

montée des attitudes négatives envers les groupes minoritaires et ont révélé une fragilisation du vivre-ensemble et des relations intercommunautaires (Johnson-Lafleur et coll., sous presse), relations plutôt empreintes traditionnellement de respect et d'ouverture de la part de la population québécoise. Bref, cette toile de fond plus large dans laquelle s'inscrivent les pratiques en santé mentale doit également être examinée puisque les professionnels œuvrent auprès de personnes présentant des affiliations culturelles de plus en plus variées ainsi que dans un environnement d'exacerbation des tensions identitaires et de polarisation croissante des dispositions envers l'immigration et la diversité culturelle.

## CONCLUSION

Comme nous l'avons vu dans ce texte, l'intervention professionnelle en santé mentale en contexte interculturel soulève des enjeux complexes relevant de la sphère clinique, mais également de l'éthique et du politique. Ces enjeux concernent nos rapports à l'altérité qui interrogent notre vision de la normalité et de ce que représente une vie saine et satisfaisante.

La mondialisation des migrations et la polarisation sociale autour des questions d'adaptation à la diversité culturelle interpellent directement les cliniciens et leur pratique. Afin d'assurer un accès à des services de qualité pour l'ensemble des membres de la société québécoise, les éléments culturels doivent être pris en compte dans les services et les intervenants suffisamment formés, outillés et soutenus dans leur travail, autant pour garantir la qualité de leurs interventions que pour leur procurer une meilleure qualité de vie professionnelle.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alegria, M. et coll. (2010). One size does not fit all: Taking diversity, culture and context seriously. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 48-60.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). « Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) », *American Psychiatric Pub.*
- Bourgeault, G. (2004). « La constante résurgence du racisme. Pourquoi? ». Dans J. Renaud, A. Germain et X. Leloup (dir.), *Racisme et discrimination : permanence et résurgence d'un phénomène inavouable* (260-281). Québec, Presses de l'Université Laval.
- Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne. (2011). *Guide d'intervention clinique. L'adaptation des services à la diversité culturelle*, [En ligne]. [[https://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss\\_dlm/Publications/guide\\_diversite\\_culturelle.pdf](https://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/guide_diversite_culturelle.pdf)].
- Daxhelet, M.-L. et coll. (soumis). « Impuissance et contre-transfert culturel : le rôle des discussions de cas interinstitutionnelles pour dénouer les impasses thérapeutiques ». *L'autre*.
- Fernando, S. (2010). *Mental Health, Race and Culture*, Hampshire, Royaume-Uni, Palgrave Macmillan.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Fiche synthèse sur l'immigration et la diversité ethnoculturelle au Québec*, [En ligne]. [[http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/FICHE\\_syn\\_an2011.pdf](http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/FICHE_syn_an2011.pdf)].
- Gouvernement du Québec. (2016). *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, [En ligne]. [[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C\\_12/C12.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM)].
- Hansson, E. et coll. (2010). *Mental Health Commission of Canada: Improving Mental Health Services for Immigrant, Refugee, Ethno-cultural and Racialized Groups: Issues and Options for Service Improvement*. Mental Health Commission of Canada, Calgary.
- Holden, K. et coll. (2014). « Toward culturally centered integrative care for addressing mental health disparities among ethnic minorities ». *Psychological Services*, 11(4), 357.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux : constats et pistes d'action. Gouvernement du Québec, [En ligne]. [[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2076\\_formation\\_interculturelle\\_reseau\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2076_formation_interculturelle_reseau_sante.pdf)].
- Jarvis, E. G. et coll. (2005). « The role of Afro-Canadian status in police or ambulance referral to emergency psychiatric services ». *Psychiatric Services*, 56(6), 705-710.
- Johnson-Lafleur, J. et coll. (sous presse). « L'espace québécois du vivre-ensemble mis à l'épreuve par le débat sur la Charte des valeurs : expériences et perceptions d'intervenants du domaine de la santé et des services sociaux œuvrant en contexte de pluriethnicité ». *Nouvelles pratiques sociales*.
- Kirmayer, L. J. (2012). « Rethinking cultural competence ». *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149.
- Kirmayer, L. J. et coll. (2007). « Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295.
- Kirmayer, L. J., J. Guzder et C. Rousseau (dir.). (2014). *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, New York, Springer.
- Rousseau, C. et coll. (2011). « Perceived discrimination and its association with psychological distress among newly arrived immigrants before and after September 11, 2001 ». *American Journal of Public Health*, 101(5), 909-915.
- Rousseau, C. et coll. (sous presse). « Interdisciplinary case discussions as a training modality to teach cultural formulation in child mental health ». *Transcultural Psychiatry*.
- Rousseau, C. et J. Guzder. (2015). « Teaching cultural formulation ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(8), 611-612.
- Smedley, B. D., A. Y. Stith et A. R. Nelson (édit.). (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Washington, DC, The National Academies Press.

# Les représentations culturelles



Emmanuelle Bolduc

Emmanuelle Bolduc, MBA; Étudiante M. Sc., Psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill; Coordonnatrice, ACCESS Esprits ouverts Parc-Extension, SHERPA-Institut universitaire au regard des communautés culturelles du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

La santé, et plus particulièrement la santé mentale, représente un univers riche et varié qui met en scène une partie de la vision du monde de la personne qui y réfère. La manière dont on aborde et expérimente la santé mentale est soumise à de multiples influences, collectives et individuelles, qui s'articulent de façon complexe. Dans le cadre de ce numéro spécial, ce texte souhaite attirer l'attention sur les représentations, un concept fondamental en contexte de diversité culturelle en santé mentale. Il offre une définition des représentations et de leurs influences, en montrant comment au sein de la diversité se conjugue l'action de la culture et de la migration. Enfin, il présente un projet s'adressant notamment aux représentations de la santé mentale chez de jeunes immigrants à Montréal.

## REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ MENTALE

Les représentations de la santé mentale et des troubles associés sont définies comme un ensemble de conceptions et de croyances référant à la perception, à la définition et à l'expérience de la santé mentale. En raison de leur diversité, les représentations de la santé ont fait l'objet de nombreuses recherches, entre autres dans les travaux en anthropologie médicale de Leventhal, celui-ci ayant conçu un modèle dit d'autorégulation du comportement de la maladie. Selon ce modèle, les représentations des maladies font l'objet de cinq types de croyances : l'identité, les causes, les conséquences, la trajectoire et la contrôlabilité ou le traitement. Toutes ces catégories sont susceptibles de différer selon une perspective historique, sociale, politique, culturelle. Elles sont agencées de manière à former une « théorie populaire » qui tente d'expliquer et de comprendre la maladie (Leventhal et coll. 2001). En santé mentale, cela s'illustre par le fait que l'on attribue comme causes de la santé et de la maladie des éléments de nature sociale, psychologique, biogénétique, surnaturelle ou une combinaison de ceux-ci.

**Dans le contexte de changements culturels rapides, tel le processus d'immigration, les représentations de la santé mentale sont soumises à l'influence des croyances prédominantes de la culture d'origine et des autres cultures côtoyées.**

## CULTURE ET REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ MENTALE

L'un des facteurs qui influencent les représentations de la santé est la culture d'appartenance. La culture et les représentations culturelles de la santé aident à organiser le vécu et à donner

un sens à la maladie, procurant des outils aux individus afin qu'ils puissent faire face à leurs expériences de vie. Les représentations culturelles de la santé mentale constituent alors un héritage symbolique partagé par les membres d'une même communauté, apparaissant entre autres dans la langue et l'histoire vécue par celle-ci. Composante structurelle de la culture, la langue participe à la production des traditions, des métaphores et des symboles de la santé mentale (Bucci 2014), tout en visant à donner un sens à la santé mentale et à ses manifestations. À partir des différentes expressions de la culture, la langue établit les bases du vocabulaire entourant la santé mentale et ses troubles et contribue à alimenter les représentations. Les représentations culturelles de la santé mentale puisent aussi dans l'histoire et les événements partagés par les mêmes personnes.

## INDIVIDUALITÉ ET REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ MENTALE

En plus d'être marquées par la culture d'appartenance, les représentations de la santé mentale se modifient selon le vécu personnel. Les expériences individuelles modèlent le processus de construction mentale par lequel les représentations s'élaborent. Il s'agit d'un processus évolutif, modulable tout au long de la vie et qui s'explique par l'intégration de nouvelles expériences et connaissances à celles déjà existantes (Levesque et Rocque 2015). Les représentations de la santé mentale forment donc un système individuel complexe de croyances, d'attitudes et de valeurs agissant comme un prisme à travers lequel la personne analyse, comprend et catégorise ses expériences de la santé et de la maladie. Ce prisme permet de mettre en lumière les différences et les similitudes individuelles quant aux représentations de la santé mentale : d'un côté, chaque individu perçoit, représente et interprète différemment les phénomènes liés à la santé; d'un autre côté, les personnes appartenant à un même groupe socioculturel ont en commun des croyances distinctes de celles d'un autre groupe socioculturel (Levesque et coll. 2015).

## REPRÉSENTATIONS ET IMMIGRATION

Dans le contexte de changements culturels rapides, tel le processus d'immigration, les représentations de la santé mentale sont soumises à l'influence des croyances prédominantes de la culture d'origine et des autres cultures côtoyées. Ce phénomène a entre autres été étudié par Levesque et Rocque (2015) auprès de participants immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone au Canada, où ces derniers adhéraient à une variété de croyances relatives à la santé mentale, dont certaines plus populaires dans la société d'origine et d'autres plutôt dans la société hôte, empruntant simultanément des représentations de type biomédical et traditionnel relatives à des problèmes de santé mentale. La combinaison de ces

# de la santé mentale



multiples représentations peut entre autres correspondre à une adhésion soit à des hypothèses biologiques tel qu'un dérèglement physiologique, approche popularisée par l'omniprésence de ce discours dans le monde médical, soit à la recherche de sens face à l'adversité et à l'inexplicable (Joly et coll. 2005). Cependant, les représentations qui prédominent dans la société d'origine ne sont pas nécessairement celles que tous les membres de ce groupe vont privilégier, des variations considérables existant entre les cultures de même qu'entre les sous-cultures au sein d'un groupe donné. Dans leur étude auprès de nouveaux arrivants d'origine africaine au Canada, Levesque et Rocque ont observé que seule une faible proportion des participants croyaient en l'efficacité des traitements traditionnels et religieux pour les troubles de santé mentale, bien qu'ils aient reconnu que cette croyance était répandue dans leur société d'origine.

En contexte clinique, l'intégration des représentations culturelles de la santé mentale est vitale. D'abord, parce que les représentations sont au cœur de la relation entre le patient, sa famille et les professionnels engagés dans l'expérience de soins, il importe de les interroger, laissant ainsi place aux variations culturelles, sociales et individuelles. Ensuite, parce qu'il s'avère important d'identifier et de prendre en compte les écarts possibles entre les représentations de la santé mentale chez certains groupes culturels et celles véhiculées dans le système de soins, et de façon plus générale dans la société hôte, car ceux-ci peuvent agir comme barrière supplémentaire dans l'accès aux soins (Whitley et coll. 2006). Une attitude de prudence et d'ouverture est de mise afin de prévoir un espace possible pour l'exploration des diverses représentations culturelles de la santé mentale et de leur évolution, et de les considérer dans le suivi offert.



## JEUNES ET REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ MENTALE

La coexistence de représentations de la santé mentale empruntant à différents univers culturels est aussi possible dans une même famille. Chez les jeunes ayant immigré ou ceux dont les parents ont immigré, ces représentations sont complexes, puisant dans plus d'un monde culturel, celui des croyances de leur famille, de leur communauté et celles davantage répandues dans la société hôte. De plus, l'adolescence constitue une période charnière où des changements cognitifs, physiques et émotionnels prennent place et où les jeunes enrichissent leur compréhension du monde, dont celle au sujet des phénomènes de la santé.

C'est pour que les services de santé mentale jeunesse répondent mieux aux besoins des jeunes immigrants de 12 à 25 ans qu'un nouveau projet est en train de voir le jour à Parc-Extension, un quartier de Montréal.

Le projet ACCESS Esprits ouverts<sup>1</sup> de Parc-Extension regroupe des adolescents et des jeunes adultes invités à se prononcer sur leur conception de la santé mentale et à s'engager afin d'agir sur les croyances entourant la santé mentale dans la société et dans les établissements de la santé et des services sociaux.

<sup>1</sup> Initiative financée par les Instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation Graham-Boeckh.

Sommairement, les jeunes ont critiqué la vision plutôt négative de la santé mentale véhiculée dans leurs réseaux et ont exprimé le désir d'en entendre parler de manière plus positive. Dans la même veine, ils ont expliqué qu'en cas de difficulté, ils se tournaient d'abord vers leurs amis, mais qu'ils souhaiteraient disposer de plus d'outils. Ces outils peuvent aussi leur fournir des moyens pour prendre soin d'eux-mêmes et mieux répondre à leurs états émotionnels, des aspects allant dans le même sens que des études précédentes sur le sujet (Garcia et Saewyc 2007).

Certains ont souligné que des écarts de perceptions et de croyances quant à la santé mentale existaient entre leurs parents et eux. Ils précisait qu'un important volet de sensibilisation et d'information auprès des parents et des familles devrait faire partie de la démarche d'amélioration des services. Dans le cadre de cette démarche participative, le comité jeunes d'ACCESS Parc-Extension s'interroge sur le message qu'il voudrait transmettre à d'autres jeunes et à leurs familles pour agir sur les représentations de la santé mentale propagées dans leur communauté et collaborer à l'émergence d'une compréhension commune de la santé mentale.

En conclusion, il s'avère nécessaire de poursuivre les efforts de prise en compte des différentes représentations culturelles de la santé mentale dans les pratiques de promotion de la santé mentale et de soins de ses troubles. On sait que la façon dont chacun se représente la santé et la maladie est liée aux pratiques qu'il adoptera en matière de santé, notamment ses réactions devant la maladie, ses comportements de recherche d'aide et la qualité de sa relation avec le professionnel de la santé (Levesque et coll. 2015; Joly et coll. 2005). Toutes ces raisons soulignent la pertinence d'initiatives visant l'engagement actif de membres de la communauté dans l'amélioration des services offerts et encouragent ainsi une collaboration accrue entre les personnes et leur famille, leur professionnel de la santé et les décideurs. Élargir le champ des représentations culturelles qui peuvent modeler l'offre de soins en santé mentale peut alors devenir une forme d'appropriation du pouvoir pour les personnes qui requièrent de l'aide.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ben-Cheikh, I. et C. Rousseau. (2013). « Autisme chez des enfants d'immigration récente : modèles explicatifs de familles originaires du Maghreb ». *L'autre clinique, cultures et sociétés*, 14(2), 213-222.
- Bucci, F. (2014). « Cultural representations of mental illness in contemporary Japan ». *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 82-108.
- Garcia, C. M. et E. M. Saewyc. (2007). « Perceptions of mental health among recently immigrated mexican adolescents ». *Issues in Mental Health Nursing*, 28(1), 37-54.
- Joly, P. et coll. (2005). « Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe ». *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), 537-575.
- Kleinman, A. (1978). « Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems ». *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Leventhal, H., E. A. Leventhal et L. Cameron. (2001). « Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model ». Dans A. Baum, T. A. Revenson et J. E. Singer (édit.), *Handbook of Health Psychology* (19-47). Mahwah, Lawrence Erlbaum.
- Levesque, A., A. Fauchon et J. Rocque. (2015). « Identité, culture et représentations de la santé et des maladies ». *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 27(1), 35-56.
- Levesque, A. et R. Rocque (2015). « Représentations culturelles des troubles de la santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada ». *Alterstice*, 5(1), 69-82.
- Paradis, A. (1992). « Ethnie et folie : visages pluriels de l'anormalité ». *Santé mentale au Québec*, 17(2), 13-34.
- Rousseau, C., F. Key et T. Measham. (2005). « The work of culture in the treatment of psychosis in migrant adolescents ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 305-317.
- Whitley, R., L. J. Kirmayer et D. Groleau. (2006). « Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(4), 205-209.
- Wong, Y. J. et coll. (2010). « Asian Americans' lay beliefs about depression and professional help seeking ». *Journal of Clinical Psychology*, 66(3), 317-332.

# Pertinence de l'utilisation d'un interprète médiateur culturel en contexte d'intervention en santé mentale

Carole Boulebsol, intervenante communautaire; membre, Comité des relations interculturelles, Association canadienne pour la santé mentale; membre fondatrice, Collectif pour l'approche transculturelle (CAT); étudiante, maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal; ancienne coordonnatrice (2010-2016), Clinique pédiatrique transculturelle, Hôpital Maisonneuve-Rosemont



Carole Boulebsol

Depuis 1999, la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont se spécialise dans le soutien de familles immigrantes et réfugiées dont un ou plusieurs enfants sont « exposés » (Moro 2010) car ils présentent des difficultés dont l'origine ou le symptôme est lié à la migration (interne et internationale), à la culture (filiation et affiliation, adaptation, conflit intergénérationnel, etc.) ou à des croyances spécifiques (religion et mysticisme) (Raphaël 2002). Nous insisterons dans ce court article sur la pertinence d'utiliser un interprète médiateur culturel (IMC) en contexte d'intervention en santé mentale en nous appuyant sur quelques vignettes cliniques qui témoigneront de l'importance de la considération tant pour les langues que pour les cultures.

## LA CLINIQUE PÉDIATRIQUE TRANSCULTURELLE: LANGUE ET CULTURE AU CŒUR D'UN DISPOSITIF GROUPEL INTERDISCIPLINAIRE

Inspiré par le modèle de Tobie Nathan (2001), le dispositif thérapeutique est organisé dans une perspective interdisciplinaire et multiethnique qui mobilise les membres de la famille, les intervenants et une personne jouant le rôle de l'IMC. La présence de l'interprète permet de faire le pont entre la culture d'origine des familles et la culture du pays d'accueil incarnée, entre autres, par la formation à l'occidentale des intervenants.

Ici, on a recours – de façon complémentaire mais non simultanée – à des éléments culturels influencés par l'anthropologie et à un savoir tiré de la pédiatrie, de la psychologie, de la sociologie, etc., tout en accordant une place non négligeable à l'expérience et à l'interprétation des personnes rencontrées, et en assurant, par l'entremise de l'IMC, une compréhension mutuelle, tant linguistique que culturelle.

Ainsi, la famille, les intervenants et l'équipe de la clinique entrent dans un processus dont le but est de coconstruire du sens et ultimement d'orienter les plans d'intervention de manière concertée. Idéalement, cela assure une meilleure collaboration des familles et moins de risques d'incompréhension ou d'erreur de jugement chez les intervenants (Pedneault et coll. 2006). Considérée comme un service de deuxième ou de troisième ligne, la clinique reçoit des demandes de consultation de la part d'intervenants issus de différents milieux (scolaire, institutionnel ou communautaire) qui cherchent du soutien dès lors qu'un choc culturel, le plus souvent réciproque (Cohen-Emerique 1997), entrave la compréhension d'une situation ou la résolution d'un problème. Toutefois, l'IMC peut également travailler en première ligne.



## LE JEUNE V.: DE DÉLINQUANT À PERSONNE SOUFFRANTE

Les jeunes et les familles que nous rencontrons sont souffrants. Ils vivent souvent une rupture traumatique entre ce qui avait du sens avant la migration et le cadre culturel externe dans lequel ils se trouvent à présent et avec lequel il est parfois difficile de maintenir une certaine homologie (Nathan 1986, dans Moro 2004). Comme le dit Barudy (1992), « la décision d'émigrer émerge comme une réponse adaptative prise entre la vie et la mort » (p. 52) dans le cas des familles ou des jeunes réfugiés ou demandeurs d'asile. Force est de constater que ces personnes ont souvent subi des traumatismes profonds à la suite d'une guerre, de menaces de mort ou de catastrophes naturelles. La manifestation de la souffrance psychique et la nature des mécanismes de défense sont très souvent culturellement codés.

[...] lorsque le recours à la culture est basé sur des connaissances partielles ou des préjugés, il peut mener à une forme de folklorisation de certaines pratiques ou même de relativisme par rapport à des comportements violents par exemple.

À titre d'exemple, un intervenant est venu nous consulter pour le cas de V., un adolescent haïtien. Victime d'une catastrophe naturelle, V. est arrivé au Québec quelques mois avant notre rencontre. Alors qu'il était hébergé par sa famille élargie, il s'est mis à avoir des comportements violents à l'école, refusait d'interagir avec les autres enfants et ne rentrait plus à son domicile aux heures fixées. À la suite d'une évaluation, il avait été dirigé vers une ressource d'hébergement de la DPJ et faisait montre d'une attitude que l'équipe ne comprenait pas. Entre autres, il salissait les murs de sa chambre et le plancher sous son lit avec du dentifrice.

Lors de notre première rencontre, nous avons sollicité la participation d'une IMC avec laquelle nous collaborons depuis de nombreuses années. Mme D., elle-même Haïtienne, détient des connaissances solides sur les pratiques traditionnelles vaudous, les cultures protestantes et catholiques haïtiennes, l'usage des langues en Haïti (le créole ou le français) et les conditions variées d'immigration de la diaspora. Grâce à cette dame, nous avons compris que le jeune ne vandalisait pas son environnement par esprit de contradiction ou de rébellion, mais qu'il dessinait plutôt des *vévé*, des dessins vaudous dont la nature est de protéger celui qui les esquisse.

Nous avons proposé à V. de s'exprimer en créole. Il est difficile de parler de ses sentiments dans une langue qui n'est pas « celle du cœur » comme nous aimons à le dire en clinique, c'est-à-dire dans une langue seconde, devenue filtre et dans laquelle on ne dispose pas d'autant de précisions que dans la langue maternelle. Tout comme il est difficile de le faire devant des personnes investies – réellement

ou symboliquement – d'un pouvoir alors que l'on se sait minoritaire. Aussi, nous avons fait appel à des inducteurs, c'est-à-dire des expressions qui provoquent le récit, qui interpellent les familles en étant adéquates culturellement. Ces leviers culturels se sont matérialisés par l'usage d'expressions idiomatiques et d'hypothèses basées sur les références culturelles et religieuses de V. mais aussi des intervenants en présence et par la mise en lumière de modalités d'organisation ou de soulagement en vigueur là-bas et ici.

Ces procédés auraient été inopérants sans un IMC, car lorsque le recours à la culture est basé sur des connaissances partielles ou des préjugés, il peut mener à une forme de folklorisation de certaines pratiques ou même de relativisme par rapport à des comportements violents par exemple.

Nous avons cherché à comprendre de quoi V. voulait se protéger. Progressivement, il nous a parlé de ses cauchemars récurrents, des souvenirs des siens restés au pays et de son sentiment d'abandon, mais aussi de la nécessité pour lui de se protéger et de maintenir un contact avec l'invisible et les *loas* (esprits vaudous). Sans l'éclairage culturel de Mme D. et sans la traduction linguistique qui lui offrait confort et lui inspirait confiance, nous n'aurions pas pu avoir accès à ce récit. De « délinquant » il est devenu « souffrant », et l'attitude de ses intervenants s'est modifiée. Ils lui ont proposé du papier sur lequel tracer des *vévé* et ont pris soin de trouver avec lui des moyens pour baisser son anxiété.

## Z. OU L'ENFANT COINCÉE ENTRE LES LANGUES ET LES CULTURES

Z., une jeune fille née au Québec dans une famille immigrante très attachée à la culture d'origine, avait acquis une forme de mutisme sélectif. Fatiguée de traduire pour ses parents et peu investie en tant que biculturelle, elle avait mis en place ce mécanisme de défense en arrêtant de parler français à l'école et la langue de ses parents au domicile. Nous allions découvrir plus tard qu'elle avait subi de l'intimidation et que certains enfants avaient fait des remarques sur son accent. Il a fallu plus d'un an en clinique transculturelle pour que le déblocage se fasse.

Avec la collaboration des parents, des intervenants et d'une IMC, nous avons pris la parole autour de l'enfant silencieuse et avons exploré ensemble, en français et dans la langue maternelle, le lien de la famille avec les langues et les différentes cultures, mais aussi son histoire. Les parents ont reconnu qu'ils n'avaient pas réussi à s'intégrer comme ils l'auraient voulu, qu'ils vivaient beaucoup de frustration par leur déclassement social et le racisme dont ils étaient victimes.

Ensemble, nous avons valorisé le métissage, la force que représentaient l'usage et la maîtrise de deux langues, ainsi que l'intérêt pour les parents de s'approprier le français pour dégager leur enfant de cette responsabilité. Grâce à la contribution de l'IMC, nous avons compris que la mère portait en elle une culpabilité jamais avouée, et qu'en cohérence avec ses croyances, elle estimait que la condition de sa fille était une forme de châtement. Ainsi, à partir d'un symptôme, nous avons dégagé les souffrances et frustrations présentes



sur différents plans et en-dehors de l'enfant ciblée. La mère a mentionné à plusieurs reprises que parler sa langue lui faisait du bien. Elle s'est même autorisé quelque plaisanterie à la grande surprise de sa fille.

Un enfant ne devrait jamais être mis en lieu et place d'un traducteur, contrairement à nombre de cas qui nous ont été rapportés. Ce n'est pas son rôle mais celui des institutions de s'assurer de la compréhension et du consentement de ses parents. Cela représente trop de pouvoir et trop de pression. L'enfant peut choisir de traduire une partie plutôt qu'une autre de l'information selon l'intérêt qu'il y voit, il peut se retrouver à traduire des choses qu'il ne comprend pas. Cela risque de le parentifier et l'intimité imposée par l'acte de traduction comprend un risque émotionnel (Jacobs et coll. 1995, dans Leanza 2003).

## CONCLUSION

Depuis 1986, la Loi sur les services de santé et les services sociaux aborde l'importance de « favoriser l'accessibilité des services dans leur langue pour les membres des différentes communautés culturelles » (Hemlin 2006, p. 10). L'usager doit être informé pour avoir la capacité de consentir de manière éclairée aux interventions proposées. Des interprètes formels,

professionnels ou au moins formés assurent une meilleure transmission de l'information. Les immigrants et réfugiés ayant des barrières de langue lors des consultations accusent une diminution de l'accès aux soins (Bowen 2001) et une moins bonne santé (Timmins 2002), et en l'absence d'une traduction satisfaisante, de nombreuses erreurs se produisent lors des consultations (Woods et coll. 2005). Les IMC ne peuvent s'improviser en tant qu'interprètes et se doivent d'être formés, minimalement, par les équipes ayant besoin de leurs services. Par ailleurs, la Banque interrégionale des interprètes regroupe des professionnels pouvant traduire une cinquantaine de langues et desservant Montréal, Laval et la Montérégie (pour plus de renseignements, consultez [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)).

Dans cet article, nous voulions insister sur la pertinence de l'usage des IMC pour traduire la langue non seulement comme énoncé mais comme réservoir culturel; non seulement dans son expression première mais aussi dans son usage. En effet, comme l'écrit Chenouard (2012), « les expressions locales, la variété des accents, les intonations, les mimiques peuvent [...] être source d'ambiguïté si elles ne sont pas expliquées » (p. 9) et même de malentendus aux lourdes conséquences. Nous voulions aussi faire prendre conscience que lorsqu'on travaille dans un contexte de santé mentale, demander l'expertise d'un IMC nous rappelle par exemple que les rêves ne sont pas interprétés de façon universelle comme la marque du refoulé, mais peuvent être vus comme des prémonitions, des signes venus de l'au-delà. En d'autres mots, si tout le monde rêve, tout le monde culturellement n'interprète pas le phénomène pareillement. L'exemple du rêve est facile, mais la réflexion s'applique également à la tristesse, à son interprétation et à ses manifestations, à la place et au rôle de chaque membre d'une communauté ou d'une famille, etc.

Non seulement on ne peut faire l'économie de la langue et de la culture, mais surtout on ne peut faire l'impasse sur une compréhension commune, une coconstruction de sens. Il est de notre responsabilité en tant que professionnel de nous adapter et de nous procurer les moyens – comme retenir les services d'un IMC – d'accompagner les personnes adéquatement en tenant compte de leur perception des problèmes, de leur compréhension et surtout de la solution qu'elles peuvent trouver.

## BIBLIOGRAPHIE

- Barudy, J. (1992). « Migration politique, migration économique : une lecture systémique du processus d'intégration des familles immigrantes ». *Santé mentale au Québec*, XVII(2), 47-70.
- Bowen, S. (2001). *Access to Health Services for Underserved Populations in Canada*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de santé.
- Chenouard, B. (2012). « Évaluation psychosociale des familles migrantes : l'apport de l'ethnopsychiatrie ». *Intervention*, (137), 5-14.
- Cohen-Emerique, M. (1997). « L'approche interculturelle, une prévention à l'exclusion ». *Les Cahiers de l'ACTIF*, (250-251), 19-29.
- Hemlin, I. (2006). « Rencontre avec interprète ou de l'interculturel à trois ». *Défi Jeunesse*, 12(2).
- Leanza, Y. (2003). *Éducation, pédiatrie et cultures. Du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*. Thèse en sciences de l'éducation, Université de Genève.
- Moro, M.-R. (2004). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Dunod.
- Moro, M.-R. (2010). *Nos enfants demain, pour une société multiculturelle*, Paris, Odile Jacob.
- Nathan, T. (2001). *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.
- Pedneault, C. et coll. (2006). « La clinique transculturelle à la clinique de pédiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont : de filiation en métissage ». *Santé mentale au Québec*, 31(2), 57-71.
- Raphaël, F. (2002). *Sésame « ouvre toi »*, Montréal, CLSC Saint-Michel.
- Timmins, C. (2002). « The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: A review of the literature and guidelines for practice ». *Journal of Midwifery Womens Health*, 47(2), 80-96.
- Woods, D. et coll. (2005). « Adverse events and preventable adverse events in children ». *Pediatrics*, 115(1), 155-160.

# Ma culture, ma famille, ma foi : les déterminants de mon rétablissement



Maria Térésa Justino

Maria Térésa Justino, paire aidante certifiée

Je suis née au Québec, de parents d'origine portugaise, immigrés dans les années 60. Ma langue maternelle a été le portugais jusqu'à la prématernelle où j'ai commencé à apprendre le français, en plus d'assimiler de nouvelles matières en première année.

Mes parents m'ont éduquée dès ma naissance dans la religion catholique, un élément fort de ma culture. J'ai souvenir qu'à partir de mes 6 ans, je priais pour avoir un petit frère ou une petite sœur. J'ai eu deux frères. En raison de mon éducation, je crois en la communion des saints et cela m'a soutenue dans mon processus de rétablissement et a même contribué à me guérir. Je les priais de me soulager de mes deux diagnostics, bipolarité et trouble obsessionnel compulsif (TOC), sinon au moins du TOC si pénible à vivre. En effet, pour moi, être bipolaire, c'est seulement quand je vais à l'hôpital parce que je suis malade. Autrement, je vais assez bien, car mon état est stabilisé par ma médication.

J'avais environ 25 ans lorsqu'on m'a dit que j'étais atteinte du TOC. J'ai refusé la médication, espérant m'en sortir par mes propres moyens. J'habitais alors chez mes parents. Ceux-ci ont respecté mon choix de ne pas dévoiler mon état de santé, y compris à ma fratrie, à la suite de ma première hospitalisation à 30 ans. Mes difficultés provenaient surtout des pensées en boucle. Par exemple, je me disais : « Je vais à l'épicerie; ensuite, je vais chez mon copain; après, au restaurant et puis chez moi ». Je me répétais cela sans cesse et j'ai déjà compté jusqu'à 80 fois pour la même pensée! Quand j'étais sous l'emprise d'une obsession, je me sentais mal. Puis celle-ci s'évanouissait, mais le soulagement était de courte durée, car rapidement, une autre obsession venait lui succéder. C'était décourageant.

J'avais 21 obsessions manuelles et psychologiques, dont la pire concernait mes cheveux. Pendant dix ans, j'ai eu la même coupe parce que je me disais : « Je ne suis pas bien dans ma peau, alors je ne les fais pas pousser ». J'attendais de me sentir bien... C'était un cercle vicieux sans fin. Un médecin m'avait dit que cela ne se guérissait pas, mais d'un seul coup, je les ai laissés pousser et étant donné mes croyances, c'est grâce à mes prières à la communion des saints que la situation s'est réglée.

Mon TOC a duré jusque vers mes 37 ans. Je demeurais alors dans un foyer de groupe depuis un an. Dans ma tête, je me sentais en prison. J'ai rencontré mon travailleur social et j'étais tellement souffrante que je pleurais à chaudes larmes. Il m'a fait voir

rapidement un psychologue. Au bout de six mois, la thérapie a permis de faire disparaître toutes les pensées répétitives que j'avais de jour comme de nuit. Selon moi, c'est la combinaison de mes prières, du suivi en psychologie, de la prise de médicaments et de ma persévérance qui a donné ces résultats.

Dans ma culture portugaise, le sentiment familial est très fort; des liens tissés serrés unissent la famille proche et éloignée. Et cela a été important dans mon rétablissement. Durant toutes ces années de maladie, mes parents m'ont toujours soutenue et accompagnée sans jamais lâcher prise. Plusieurs parents auraient pu me dire à un certain moment de m'arranger avec mes problèmes. Un médecin m'a confirmé que j'allais mieux grâce à ce soutien familial fourni entre autres par mes frères, mes belles-sœurs et mes neveux.

J'ai poursuivi mon rétablissement en participant à des activités dans la communauté entre 2010 et 2012. Je pense à la couture, à l'informatique et à l'anglais. J'ai également fréquenté l'Avancée, à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), où à titre de stagiaire pendant quatre mois, j'ai accompagné le chef d'atelier et animé un groupe d'artisanat.

Toujours en 2012, j'ai collaboré aux activités du comité des usagers à l'IUSMM. En tant que patiente-partenaire, j'ai participé à un vidéo, destiné aux étudiantes en sciences infirmières de l'Université de Montréal. J'ai acquis d'autres expériences : entrevues, conférences, autres vidéos, pièces de théâtre. J'ai même participé à une bibliothèque vivante! En mars 2014, pour devenir une paire aidante certifiée, j'ai suivi la formation spécialisée en intervention par les pairs que l'AQRP/Pairs Aidants Réseau donne.

Actuellement, je fais partie du comité Entre-pairs de la maison l'Échelon où j'exerce un peu le rôle de paire aidante; j'anime des groupes et fais de l'aide individuelle. Je participe aussi aux activités de l'organisme Reprendre pouvoir. Pour la plupart de ces occupations, j'ai obtenu une compensation financière.

Grâce à ma culture portugaise, au soutien familial et à ma foi, je poursuis mon rétablissement. Je me réalise dans mes projets et j'ai confiance que dans l'avenir, j'aurai un « vrai » travail rémunéré avec des avantages sociaux.

Merci de m'avoir lue.

<http://www.iusmm.ca/hopital/usagers-et-familles/soutien-a-la-participation-sociale-lavancee.html>

<http://www.maisonechelon.ca/>

<http://reprendepouvoir.blogspot.ca/>

# Mieux-être des Premières Nations : une histoire de résilience

Audrey Vézina, conseillère en santé mentale

Collaboratrice : Natacha Hervieux, conseillère en mieux-être et prévention des dépendances, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Cet article a pour but d'effectuer un survol de certains événements ayant marqué l'histoire des Premières Nations, de donner un aperçu des problèmes sociaux auxquels elles font face et de fournir de l'information sur leur conception du mieux-être et les initiatives en santé mentale se déroulant dans certaines communautés. Pour commencer, voici quelques mots sur l'organisation pour laquelle nous œuvrons et sur les premiers peuples.

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) est une association à but non lucratif qui détient son mandat des Chefs de l'Assemblée des Premières Nations du Québec-Labrador, lequel lui a été confié par voie de résolution le 18 avril 1994. Elle a pour mission de promouvoir le mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuits et d'y veiller en favorisant l'accès à des programmes globaux de santé et de services sociaux adaptés aux cultures des Premières Nations et conçus par des organisations des Premières Nations reconnues et sanctionnées par les autorités locales, le tout dans le respect des cultures et de l'autonomie locale (CSSSPNQL 2014).

Au Canada, on trouve trois groupes d'Autochtones<sup>1</sup> distincts : les Premières Nations<sup>2</sup>, les Métis et les Inuits. Au Québec, il existe dix Premières Nations : les Abénakis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendat, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks, les Innus et les Naskapis. Selon Affaires autochtones et du Nord Canada, la population totale d'Autochtones au Québec, en 2016 (Premières Nations et Inuits), est de 98 184 personnes. La présence des Premières Nations et des Inuits sur le territoire remonte à plusieurs milliers d'années. En effet, les plus anciens sites préhistoriques au Québec datent de 10 000 ans (Delâge 2009).

## LE POIDS DE L'HISTOIRE

Les Premières Nations ont toujours possédé leurs propres structures sociales et politiques, leurs croyances spirituelles, leurs cérémonies, leurs rituels, leurs traditions. Elles pratiquaient la chasse, la pêche, la cueillette, la médecine traditionnelle et pour certaines, l'agriculture. Elles répondaient à l'ensemble de leurs besoins. Pour elles, la vie en harmonie avec la nature, avec la Terre Mère, revêtait une grande importance. La sagesse, l'amour, le respect, le courage, l'honnêteté, l'humilité et la vérité

étaient les fondements de leur système de valeurs. De plus, elles avaient un immense respect pour tous les éléments (animaux, végétaux, minéraux, etc.) qui composaient leur environnement. Soulignons que plusieurs de ces valeurs sont toujours présentes chez les Premières Nations.

C'est au 16<sup>e</sup> siècle que les premières colonies européennes se sont établies de façon plus formelle et permanente en sol nord-américain. À partir de ce moment, la vie des Autochtones s'est transformée radicalement. Un siècle plus tard, la colonisation a pris de l'ampleur : « [...] les Britanniques, qui comptaient déjà plusieurs colonies, ont entrepris un processus de colonisation à grande échelle. Parallèlement, les colonies de l'Acadie, dans les Maritimes, et de la Nouvelle-France, dans la vallée du Saint-Laurent, étaient devenues les bases de la présence française en Amérique du Nord » (AADNC 2013).

À la suite de la colonisation, différents événements et lois ont marqué l'histoire des Autochtones. L'encadré de la page suivante en présente quelques-uns :

Parmi ces événements, celui des pensionnats indiens est sans doute l'un des plus traumatisants et lourds de conséquences pour l'ensemble des Autochtones du Canada. Voici quelques renseignements sur cette période trop longtemps occultée de l'histoire.



Audrey Vézina



<sup>1</sup> **Peuples autochtones** : Les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord. La Constitution canadienne reconnaît trois peuples autochtones : les Indiens, les Métis et les Inuits, chacun se distinguant des autres par son patrimoine, sa langue, ses habitudes culturelles et ses croyances (AADNC 2012).

<sup>2</sup> **Première Nation** : Terme dont l'usage s'est répandu dans les années 1970 afin de remplacer le mot « Indien », que certains trouvaient choquant. Bien que l'expression « Première Nation » soit largement utilisée, il n'en existe aucune définition officielle. On emploie notamment l'expression « gens des Premières Nations » pour désigner les Indiens habitant au Canada, qu'ils possèdent ou non le statut d'Indien. Certains Indiens ont aussi opté pour le terme « Première Nation » afin de remplacer le mot « bande » dans le nom de leur collectivité (AADNC 2012).

**1763 : Proclamation royale** : « Document déterminant la relation entre les Amérindiens d'Amérique et les Britanniques. Les nations y sont vues comme des entités politiques autonomes, mais sous la protection de la Couronne » (CSSSPNQL 2015).

**1876 : Loi sur les Indiens** : Principale loi canadienne par laquelle le gouvernement exerce son pouvoir à l'égard des « Indiens inscrits » et dont l'objectif ultime est d'assimiler les Premières Nations (CSSSPNQL 2015).

**1883 : Politique sur les affaires indiennes touchant l'éducation des Premières Nations** : « Accordait la priorité aux pensionnats comme principale méthode de « civilisation » et d'assimilation. Dans ces écoles, on devait fournir aux enfants des Premières Nations un enseignement des mêmes matières et semblable à celui destiné aux enfants canadiens (lecture, écriture, arithmétique et anglais ou français). Parallèlement, les écoles devaient forcer ces enfants à renoncer à leurs langues, à leurs tenues, à leur religion et à leurs modes de vie traditionnels. Pour y arriver, on a mis en place, partout au Canada, un réseau de 132 pensionnats de confessions catholique, unie, anglicane et presbytérienne en collaboration avec le gouvernement fédéral. De 1857 à 1996, plus de 150 000 enfants autochtones ont fréquenté les pensionnats » (AADNC 2013).

**1996** : Fermeture du dernier pensionnat (CSSSPNQL 2009).

**1996 : Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones** : Recommandations visant l'amélioration des relations entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les Premières Nations fondées sur la reconnaissance des peuples autochtones en tant que nations (CSSSPNQL 2015).

**1998 : Rassembler nos forces** : Le plan d'action du Canada pour les questions autochtones – Réponse du gouvernement fédéral au rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, exprimant le désir d'établir un véritable partenariat avec les Autochtones et de redéfinir les relations (CSSSPNQL 2015).

**2007 : Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones** : Cette déclaration affirme que les peuples autochtones ont droit à l'autodétermination et qu'ils peuvent déterminer librement leur statut politique ainsi que leur développement économique, social et culturel. Quatre pays, dont le Canada, n'avaient pas adopté la Déclaration en 2007. Le 12 novembre 2010, le Canada annonce officiellement qu'il appuie la Déclaration (CSSSPNQL 2015).

**2008** : Présentation d'excuses aux anciens élèves des pensionnats indiens par le gouvernement du Canada et création de la Commission de vérité et réconciliation du Canada relative aux pensionnats indiens.

**Décembre 2015** : Publication du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, comprenant 94 appels à l'action.

### *Les pensionnats indiens*

Le 19<sup>e</sup> siècle a donné lieu à un épisode sombre de l'histoire des Autochtones, celui des pensionnats indiens. Ces institutions allaient contribuer à un génocide culturel dont les premiers peuples subissent encore aujourd'hui les effets.

En 1831, le premier pensionnat ouvre ses portes, à Brantford, en Ontario. En 1920, la fréquentation de ces établissements est devenue obligatoire pour les jeunes de 6 à 15 ans et fait partie du plan avoué d'assimilation des Autochtones. Durant plus de six générations, les valeurs, la culture, la langue, l'histoire, le savoir, les compétences parentales, la spiritualité, bref ce qui fonde l'identité d'un peuple, furent lentement anéantis et laissèrent peu à peu place aux problèmes sociaux criants que vivent encore aujourd'hui un trop grand nombre d'Autochtones.

La Commission royale d'enquête Erasmus-Dussault a évalué que 100 000 enfants autochtones ont fréquenté un des 135 pensionnats

du Canada. De ce nombre, 13 000 ont séjourné dans un des 10 établissements situés au Québec. Plusieurs d'entre eux ont été victimes de violence et d'agression sexuelle.

Étrangement, un phénomène semblable à celui des pensionnats est observable de nos jours en raison des placements d'enfants autochtones effectués par les services de protection de la jeunesse. En effet, le nombre d'enfants des Premières Nations pris en charge par ces services est trois fois plus élevé que celui des enfants des pensionnats (CSSSPNQL 2009). Toutefois, bien des travaux ont lieu afin de permettre de diminuer le nombre de placements et de favoriser l'adoption coutumière.

Est-il étonnant de constater que ces années d'oppression entraînent divers problèmes sociaux et de santé? Ce qui a mis de multiples générations à se déconstruire ne peut se rebâtir en un instant. Il faut du temps pour se rétablir de telles blessures. Les Autochtones vivent toujours les effets des épreuves qu'ils ont traversées, mais ces dernières font d'eux des peuples animés d'une grande résilience.

### **LES PROBLÈMES SOCIAUX**

Aujourd'hui, les difficultés auxquelles font face plusieurs Premières Nations (taux élevé de suicides, surreprésentation dans les établissements carcéraux, problèmes de dépendance aux drogues et à l'alcool, problèmes de santé mentale, violence, agression sexuelle, etc.) sont en grande partie dues au fait de la colonisation et des pensionnats, sans oublier les conditions économiques et sociales qui influent aussi sur leur santé. Comme en témoigne l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec 2008 (ERS) :

« L'ensemble des études, autant scientifiques, gouvernementales qu'académiques, indique que le taux des problématiques de santé mentale chez les Premières Nations est plus élevé que celui de la population canadienne en général. Il est même question d'épidémie de problèmes mentaux, de suicides et de toxicomanie. Différents facteurs de risque sont relevés, tels que la pauvreté matérielle et sociale, la négligence et les mauvais traitements subis à l'enfance, la perte identitaire et culturelle, le surpeuplement des logements, l'expérience des pensionnats indiens, le racisme, la ségrégation, la perte d'autonomie communautaire, le manque d'opportunités d'avenir et le désespoir » (CSSSPNQL 2008).

Quelques faits saillants à propos de la santé mentale :

- ▶ Les adolescents et les adultes des Premières Nations vivent en forte proportion des situations compromettant leur santé mentale (CSSSPNQL 2015).
- ▶ 25,3 % des adultes présentent un indice élevé de détresse psychologique (CSSSPNQL 2015).
- ▶ 26,4 % des adultes et 19,2 % des adolescents affirment avoir eu des pensées suicidaires (CSSSPNQL 2015).
- ▶ Chez les Premières Nations, 7,7 % des adolescents et 14,6 % des adultes ont déjà fait une tentative de suicide. Au Québec, 4,4 % des adultes déclarent en avoir fait une (CSSSPNQL 2015).

Ces données sont inquiétantes et mettent en lumière l'écart important qui subsiste entre l'état de santé des Premières Nations et celui de l'ensemble de la population québécoise et canadienne. D'un autre côté, il faut garder à l'esprit que plusieurs initiatives sont mises de l'avant pour améliorer la santé des membres des Premières Nations. De plus, de la même façon que ces dernières ont des traditions et des coutumes uniques, elles possèdent aussi leur conception du mieux-être. Celle-ci est au cœur de leur idée de la santé.

## LE MIEUX-ÊTRE CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS

Bien qu'il y ait chez les Premières Nations des différences dans la façon de concevoir la santé et le mieux-être, nous traiterons des points communs qu'on y retrouve. En premier lieu, mentionnons qu'aucun mot n'existe dans les langues autochtones pour parler de « santé mentale ». Lorsqu'on souhaite référer à ce concept, on utilise plutôt le terme « mieux-être mental ». Les Premières Nations ont une perception globale de la santé; on parle aussi de conception holistique. Le mieux-être s'exprime par une recherche d'équilibre spirituel, émotionnel, physique et mental. Il intègre des valeurs, des traditions et des pratiques propres à chaque individu et à chacune des communautés. Cette recherche d'équilibre est le cheminement de toute une vie et le mieux-être est inséparable de l'identité culturelle. La culture se compose de l'expression, des modes de vie et des pratiques spirituelles, psychologiques et sociales spécifiques aux Premières Nations. Le mieux-être mental est donc une composante essentielle du mieux-être holistique.

Pour bien des Premières Nations, les enseignements axés sur la roue de médecine sont de grandes sources de force. Ces enseignements sont fondés sur la relation entre le Créateur, la Terre Mère et tout ce qui est vivant. Certaines étapes importantes de la vie sont marquées par des cérémonies qui leur donnent une signification : cérémonies de purification et de chants aux tambours, tentes de sudation, festins et cercles de partage. Ces pratiques peuvent être très bénéfiques dans la promotion de la santé et du mieux-être, ainsi que dans la gestion du stress.

Les sages, très respectés, sont une source incontournable de savoir au sujet des pratiques traditionnelles. Ils sont considérés comme les gardiens des traditions et des connaissances. On remarque aussi le caractère essentiel de la spiritualité chez les Premières Nations et la façon dont elle est étroitement liée à la nature. Le processus de guérison vise l'équilibre entre le mental, le physique, le spirituel et l'émotionnel. Dans les communautés, on recourt de plus en plus aux plantes médicinales et aux méthodes traditionnelles, comme les tentes à suer (*sweatlodge*), les thérapies traditionnelles, les cercles de parole et les séances de purification. On peut aussi voir diverses initiatives mises en chantier. Celles-ci peuvent être communautaires

ou d'envergure provinciale ou encore nationale. En voici quelques-unes qui existent au Québec.

## LES INITIATIVES EN MIEUX-ÊTRE MENTAL

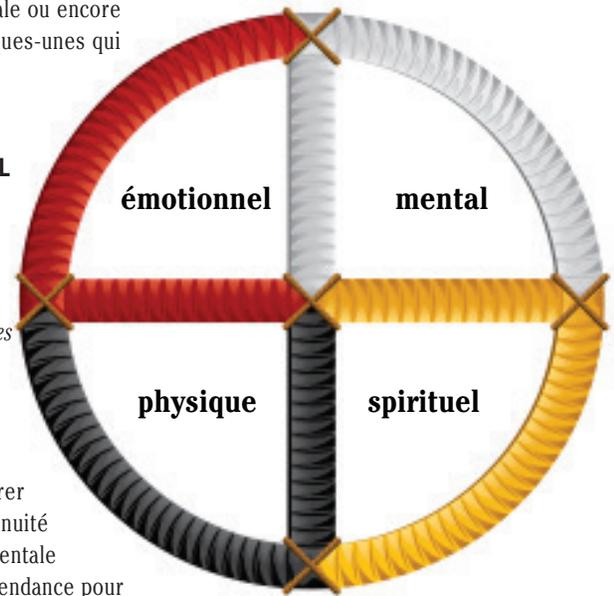
*Projet d'appui au développement d'un continuum de services en santé mentale et en dépendances pour les Premières Nations au Québec*

Cette initiative a pour objectif d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services de santé mentale et en problèmes de dépendance pour les Premières Nations, à travers l'établissement et la mise en œuvre d'ententes de collaboration entre les communautés non conventionnées<sup>3</sup> du Québec et les CISSS ou CIUSSS. Ces ententes sont élaborées à partir des besoins identifiés, des réalités locales et des ressources disponibles. À ce jour, 19 communautés sont accompagnées par la CSSSPNQL dans le processus de mise en place d'ententes de collaboration. Cette démarche vise aussi la sensibilisation à la culture des Premières Nations. À cette fin, de la formation est offerte dans différents établissements d'enseignement (UQAT, UQAC, etc.) ainsi que par des organisations des Premières Nations.

D'autre part, le plan d'action en santé mentale 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, *Faire ensemble et autrement*, comporte deux mesures se rapportant aux Premières Nations. Les mesures 21 et 22 touchent l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale et en problèmes de dépendance du réseau québécois. Dans la mesure 22, le MSSS exprime son engagement à poursuivre son partenariat avec la CSSSPNQL pour la mise en œuvre d'ententes de collaboration entre les établissements et les communautés non conventionnées du Québec.

## Équipes en mieux-être mental

Au moyen du financement attribué par Santé Canada, la création de ces équipes s'est amorcée en 2008. Au Québec, on compte aujourd'hui quatre équipes en mieux-être mental : Lac-Simon et Kitcisakik; Opitciwan; Timiskaming; Chisasibi. Ces équipes multidisciplinaires, souvent composées d'intervenants allochtones et autochtones, cherchent à améliorer les services en santé mentale disponibles au sein des communautés, selon les approches traditionnelles, culturelles et courantes.



<sup>3</sup> Le gouvernement du Québec finance les services de santé et les services sociaux offerts dans les communautés liées par une convention. La Convention de la Baie James et du Nord québécois pour les Cris et les Inuits ainsi que la Convention du Nord-Est québécois pour les Naskapis sont des accords sur des revendications territoriales en vertu desquels des rôles et des responsabilités spécifiques ont été déterminés pour les gouvernements fédéral et provincial, entre autres concernant les services de santé locaux. Dans les communautés des Premières Nations non conventionnées, les services sociaux et de santé sont majoritairement financés par le gouvernement fédéral (Santé Canada et le ministère des Affaires autochtones et du Développement du Nord Canada) et généralement sous la responsabilité des conseils de bande ou des conseils tribaux (Caron et Noël 2013).

Elles organisent aussi des activités communautaires favorisant le mieux-être physique, mental, spirituel et émotionnel.

Les services offerts par les équipes respectent les besoins particuliers des communautés et comprennent entre autres : des interventions de proximité, de l'intervention individuelle, de groupe ou familiale, des activités traditionnelles, du ressourcement en forêt et une variété d'activités communautaires ciblant la sensibilisation relative au mieux-être mental.

### ***Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations***

Au cours des dernières années, des dirigeants et des organisations des Premières Nations ont participé avec Santé Canada à l'élaboration du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (le Cadre), qui présente une vision commune de l'avenir des programmes et des services en mieux-être mental destinés aux Premières Nations et les mesures concrètes pour respecter cette vision. Ce cadre national traite des questions de mieux-être mental chez les Premières Nations du Canada. « Les valeurs culturelles, le savoir sacré, la langue et les pratiques des Premières Nations sont des déterminants essentiels de la santé et du mieux-être des individus, des familles et des communautés. Malgré les répercussions de la colonisation, un grand nombre de membres des Premières Nations ont conservé leurs connaissances culturelles par l'intermédiaire de leur langue et de leur façon de vivre avec la terre et avec les autres » (APN et SC 2015). Le Cadre a pour objectif général d'améliorer le mieux-être mental. Il met l'accent sur le concept général du mieux-être mental plutôt que sur celui de la maladie mentale. Cet outil permettra aux communautés de mieux planifier, mettre en œuvre et coordonner des interventions complètes, tout en respectant les priorités communautaires.

### ***Programme d'intervention précoce : Buffalo Riders***

La *Thunderbird Partnership Foundation* offre un programme d'intervention précoce en milieu scolaire, nommé *Buffalo*

*Riders*, qui s'appuie sur les toutes dernières recherches en matière de problèmes de dépendance. Jusqu'à maintenant, 27 intervenants des Premières Nations au Québec ont suivi cette formation et disposent des ressources nécessaires pour donner en milieu scolaire aux jeunes de 11 à 13 ans ce programme de dix séances fondé sur l'identité et la culture. Les résultats à court terme démontrent que l'usage de la drogue ou de l'alcool est moindre chez les jeunes qui reçoivent de l'information précise au sujet de la colonisation. Ce programme vise l'amélioration des compétences sociales et émotionnelles, de même que de la capacité à résister à la pression des pairs. À plus long terme, il recherche la réduction du nombre de demandes de services relatives au traitement de la toxicomanie chez les jeunes.

Ce ne sont là que quelques exemples d'initiatives et de travaux. Plusieurs communautés des Premières Nations et de villages inuits mettent aussi sur pied leurs propres services et programmes de mieux-être.

En terminant, rappelons que l'ampleur des problématiques sociales et de santé chez les Autochtones du Canada témoigne des effets persistants de la colonisation et de l'oppression, qui creusent l'écart entre leur état de santé et celui de la population canadienne en général. Toutefois, le mieux-être est possible et se révèle à travers la résilience dont ils font preuve. La réappropriation et la valorisation de l'identité et de la culture des Autochtones sont au cœur de leur rétablissement et constituent des déterminants essentiels de leur santé. Malgré les difficultés qui subsistent, l'espoir réside chez les gens qui, persuadés que l'on peut changer les choses, décident d'unir leurs efforts et d'œuvrer dans cette perspective. Au fur et à mesure que prennent place des initiatives et des actions concrètes ciblant le mieux-être et l'amélioration des conditions de vie des Premières Nations, les consciences s'éveillent, la fierté renaît et la guérison se poursuit. Comme dans la culture des Premières Nations les choix que l'on fait aujourd'hui doivent tenir compte des conséquences pour les sept générations à venir, nous ne pouvons qu'encourager les actions qui accroissent le pouvoir d'agir et l'autodétermination des premiers peuples.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Affaires autochtones et du Nord Canada. (2012). *Terminologie*, [En ligne]. [https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014642/1100100014643] (Consulté le 4 août 2016).
- Affaires autochtones et du Nord Canada. (2013). *Les Premières Nations du Canada*, [En ligne]. [https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1307460755710/1307460872523] (Consulté le 4 août 2016).
- Assemblée des Premières Nations. Santé Canada (APN et SC). (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations – Rapport sommaire*, [En ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spniia/alt\_formats/pdf/pubs/promotion/mental/2014-sum-rpt-continuum/2014-sum-rpt-continuum-fra.pdf] (Consulté le 15 août 2016).
- Caron, M.-N. et L. Noël. (2013). « Les populations autochtones du Québec », [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/its/fiche-les-populations-autochtones-du-quebec.pdf] (Consulté le 15 août 2016).
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2008). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec (ERS)*, [En ligne]. [https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-5.pdf?sfvrsn=2] (Consulté le 11 août 2016).
- CSSSPNQL. (2009). *L'héritage des pensionnats indiens*, [En ligne]. [http://old.cssspnql.com/video/videos\_pensionnats\_indiens/video\_fr.html] (Consulté le 11 août 2016).
- CSSSPNQL. (2014). *Charte et règlements généraux de la CSSSPNQL*, [En ligne]. [http://www.cssspnql.com/docs/default-source/default-document-library/charte\_fra.pdf?sfvrsn=0] (Consulté le 4 août 2016).
- CSSSPNQL. (2015). Évaluation du projet de développement d'ententes de collaboration en santé mentale et dépendance, [En ligne]. [http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/rapport-d%C3%A9valuation\_ententes-de-collaboration-sant%C3%A9-mentale-et-d%C3%A9pendances-(1).pdf?sfvrsn=2] (Consulté le 11 août 2016).
- CSSSPNQL. (2015). *Une gouvernance repensée et favorable à l'autodétermination*, [En ligne]. [http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/livret\_gouvernance\_repensee\_fr.pdf?sfvrsn=2] (Consulté le 4 août 2016).
- Delâge, D. (2009). « Kebhek, Uepishtikueiau ou Québec, l'histoire des origines ». *Les cahiers du CIÉRA*, (4), 43-66.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Faire ensemble et autrement*, [En ligne]. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf] (Consulté le 15 juin 2016).
- Thunderbird Partnership Foundation. (2016). *Buffalo Riders Training Program*, [En ligne]. [http://nnapf.com/about-tp/scope-of-work/training-programs/buffalo-riders/] (Consulté le 15 août 2016).

# Le mieux-être chez la population autochtone en milieu urbain

Tanya Sirois, directrice générale; Jacinthe Poulin, chargée de projets en santé et en services sociaux; Joannie Caron, responsable des communications, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec<sup>1</sup>

## LA PRÉSENCE AUTOCHTONE DANS LES VILLES DU QUÉBEC

Le paysage urbain est façonné par la présence de la population autochtone qui y vit ou qui y est de passage. Le concept d'autochtonie urbaine est né de l'ampleur du phénomène de mobilité des Autochtones de la communauté vers la ville, ceci partout au Canada. Cette mobilité est en croissance constante; près de 60 % des Autochtones (Premières Nations, Métis, Inuit) vivent hors réserve au Canada (Statistique Canada 2011). Au Québec, plus de la moitié (53,2 %) des membres des Premières Nations habitent de façon permanente dans les villes ou y transitent (CCPNIMT 2015). Les Autochtones migrent pour diverses raisons : la poursuite des études (35,4 %), l'épanouissement professionnel (24,6 %) et la recherche d'un logement (11,1 %). Les motifs pour réintégrer la communauté sont quant à eux d'ordre familial et culturel (CSSSPNQL 2008). Force est de constater que cette mouvance en milieu urbain est synonyme de résilience et le signe d'une véritable quête du mieux-être, puisque les conditions socioéconomiques peuvent être difficiles dans certaines communautés autochtones. Il est toutefois important de noter que les Autochtones rencontrent également des obstacles dans les différentes villes québécoises et canadiennes. Au cours des dernières années, les enjeux reliés à cette mouvance se sont intensifiés et complexifiés.

Nous savons que la présence des Autochtones dans les villes et communautés n'est pas uniquement statique, mais très mobile. Cette mouvance a une très grande répercussion sur la nécessité, la qualité et la quantité des services offerts dans les villes. Un tel déplacement de la part des Autochtones peut les conduire à être plus vulnérables étant donné l'éloignement de leurs repères culturels, de leur communauté, de leur famille et de leurs traditions.

Par ailleurs, les Autochtones ont un état global de santé plus précaire que celui de la population générale et leur taux de maladies chroniques est nettement supérieur. La pauvreté de plusieurs familles et individus engendre des difficultés à adopter de saines habitudes de vie et peut, notamment, entraîner une détérioration de la santé mentale et physique.

L'Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux au sein du Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec a révélé que des problématiques d'ordre émotionnel ou psychologique ont été soulevées par plus de la moitié des répondants (51 %) (RCAAQ 2009).

## LA PERCEPTION AUTOCHTONE DE LA SANTÉ MENTALE

*Mino Madji8in*, en langue algonquienne, désigne un mieux-être global, harmonieux et équilibré. Ce concept a une résonance dans la plupart des langues autochtones au Québec. Reflétant l'esprit des ancêtres, *Mino Madji8in* est une façon spécifiquement autochtone d'être, de comprendre le monde et d'interagir avec lui dans le respect des valeurs traditionnelles et contemporaines. *Mino Madji8in* évoque à la fois un état d'esprit et une certitude que le mieux-être consiste à cultiver la volonté d'être en harmonie en tout, dans le temps et dans l'espace. Cette quête du mieux-être individuel et collectif repose sur un équilibre des différentes dimensions du Cercle de la vie<sup>2</sup> et des interactions entre celles-ci.

L'Organisation mondiale de la santé définit le concept de santé mentale comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS 2016). Chez les peuples autochtones, ce concept se réfère au mieux-être mental (*Mino Madji8in*), mais d'une manière plus englobante qui peut être définie comme un état dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les obstacles et contribuer à la vie de la communauté (Santé Canada 2014).

Le mieux-être mental n'est pas juste une question d'individu, mais se définit plutôt selon une approche systémique. En d'autres termes, la personne est au centre, entourée de sa famille, des aînés, de la communauté et de la culture. Elle se retrouve au cœur d'un réseau de soutien. Elle est considérée comme ayant une bonne santé lorsqu'elle entretient des relations harmonieuses sur les plans moral et spirituel avec les autres membres de sa famille et de sa collectivité. La santé implique un équilibre et une harmonie entre quatre dimensions : mentale, physique, émotionnelle et spirituelle. La santé mentale ne peut être dissociée des trois autres dimensions.



Tanya Sirois



Jacinthe Poulin



Joannie Caron

<sup>1</sup> Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) est l'association provinciale qui regroupe sept Centres d'amitié autochtones et un Point de services membres au Québec en plus de deux Centres en développement. Ensemble, le RCAAQ et les Centres d'amitié autochtones forment le Mouvement des Centres d'amitié autochtones qui s'inscrit, pour sa part, dans un mouvement national avec plus de 118 Centres d'amitié au pays.

<sup>2</sup> Le Cercle de la vie, aussi représenté par la roue médicinale, symbolise l'interdépendance et la circularité des différentes dimensions de la vie ainsi que les divers cycles de la nature. Le chiffre 4 est sacré pour plusieurs peuples autochtones en raison de ses multiples représentations, dont les quatre composantes d'une personne (physique, mentale, émotionnelle, spirituelle), les quatre saisons, les quatre royaumes (animal, minéral, végétal et humain). Pour votre information : [http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Aboriginal\\_Medicine\\_f.htm](http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Aboriginal_Medicine_f.htm).

Comme l'oppression culturelle et les traumatismes historiques ont laissé des traces profondes, de nombreux Autochtones considèrent que leur santé mentale passe par un processus continu de guérison sur les plans individuel et collectif. Dans cette optique, il pourrait s'agir de rétablir les liens avec la famille et la collectivité, de vivre en contact avec la nature, de recueillir et de préserver le savoir traditionnel et d'affirmer les valeurs et l'identité culturelle de la communauté (ASPC 2006).

### **LES EFFETS DE L'ENVIRONNEMENT URBAIN SUR LE MIEUX-ÊTRE DES AUTOCHTONES**

L'environnement urbain a des conséquences sur le développement humain. Celles-ci peuvent être négligeables pour les gens ayant grandi en ville depuis leur jeune âge, mais nettement plus considérables pour ceux ayant toujours vécu en communauté, où le rythme de vie est tout autre. Les facteurs susceptibles de nuire au mieux-être chez les Autochtones sont nombreux et reliés à divers déterminants, tels le revenu, l'environnement physique et social, le degré d'instruction, le contexte géographique, la culture, le genre (SMQ-CA 2016). Ces facteurs peuvent influencer la vie des Autochtones tant dans la communauté qu'en ville. Toutefois, la transition de la communauté vers la ville conduit plusieurs Autochtones à être soumis à des facteurs de risque additionnels pouvant affecter leur mieux-être.

Rappelons que le concept de mieux-être chez les Autochtones dépasse largement la question individuelle pour s'inscrire dans un continuum relationnel, passant par la famille, les aînés et la communauté, où tous ont un rôle majeur. Conséquemment, la transition vers le milieu urbain crée un déséquilibre dans le mieux-être de la personne pour différentes raisons : éloignement du réseau de soutien social, perte du sentiment d'appartenance, perte d'activités traditionnelles, stress relié à l'environnement urbain, manque de confiance envers autrui et envers les institutions du nouveau milieu de vie, perte d'estime de soi en lien avec les expériences vécues de discrimination, etc.

De plus, l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en milieu urbain est plus limitée ou jonchée d'obstacles, puisque les personnes ne se reconnaissent pas dans des services selon leur perspective culturelle. De ce fait, plusieurs personnes deviennent vulnérables. Il est impossible de passer sous silence les questions de justice sociale – plus particulièrement l'égalité des droits, la promotion de rapports justes et équitables, l'inclusion sociale, l'égalité des chances – que les Autochtones doivent affronter en milieu urbain et les problèmes sont encore plus accentués pour ceux souffrant de maladie mentale. Ces enjeux, au cœur des actions du Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec, rendent également plus ardue l'inclusion des Autochtones dans la dynamique socioéconomique, culturelle et communautaire des sociétés québécoise et canadienne.

Les situations vécues en milieu urbain couplées aux difficultés d'adaptation à la langue (22 %), à la peur de perdre ses valeurs autochtones (31 %) ou aux problèmes de racisme (44 %) peuvent rapidement conduire à une détérioration du mieux-être personnel des Autochtones du milieu urbain (RCAAQ 2009).

*L'Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux* a conclu que depuis leur arrivée en milieu urbain, des Autochtones se sont retrouvés plus souvent en situation de crise (16 %) et plus isolés (18 %); ils ont consommé davantage (19 %); 20 % ont dit avoir ressenti une plus grande confusion par rapport à leur identité culturelle, une détérioration de leur état physique (22 %), une anxiété plus forte qu'auparavant (23 %) et avoir un mode de vie moins sain (25 %). Enfin, même en milieu urbain, plusieurs Autochtones ont des préoccupations ou des pensées suicidaires (11 %), vivent de la violence familiale (12 %) et conjugale (14 %), consomment de l'alcool et des drogues (26 %), subissent des problèmes émotionnels (31 %) ou financiers (59 %), en plus d'être toujours préoccupés par des traumatismes intergénérationnels liés au passé et aux politiques d'aliénation (31 %) (RCAAQ 2009).

Selon l'auteure Sarah Nelson (CCNSA 2011), la longue histoire des pratiques coloniales ainsi que la violence systématique, l'oppression et la souffrance longtemps expérimentées ont infligé aux Autochtones une « blessure de l'âme », un traumatisme intergénérationnel qui se transmet encore aujourd'hui, à une époque où la recherche et les services en santé mentale reposent toujours sur un point de vue occidental déformé par le colonialisme. Le suicide, l'abus de substances, la violence et la dépression sont vus, dans une perspective occidentale, comme des indicateurs de pathologies, alors qu'ils sont, chez les Autochtones, le résultat des inégalités sociales passées et actuelles.

### **LA PRÉVENTION ET L'ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES SELON UNE APPROCHE DE SÉCURISATION CULTURELLE**

L'approche culturellement sécurisante consiste à bâtir la confiance avec les personnes autochtones et à reconnaître le rôle des conditions socioéconomiques, de l'histoire et de la politique en matière de prestation de services. La sécurisation culturelle exige la reconnaissance que nous sommes tous porteurs d'une culture. Cette approche s'appuie sur une participation respectueuse, sur une compréhension du déséquilibre du pouvoir inhérent à la prestation de services et de la discrimination institutionnelle de même que sur la nécessité de rectifier ces iniquités en apportant des changements dans le système (RCAAQ 2014).

L'approche de la sécurisation culturelle se retrouve au cœur de l'action des Centres d'amitié autochtones du Québec qui se veulent de véritables carrefours de prestation de services présents dans des zones urbaines à forte concentration d'Autochtones et qui travaillent en complémentarité avec les communautés. Ce modèle de prestation de services établi d'un océan à l'autre au Canada sert d'ancrage culturel pour la population autochtone qui souhaite s'installer de façon permanente ou temporaire en milieu urbain. Le modèle des Centres d'amitié n'est pas unique, en ce sens que chacun offre une programmation de services représentant les besoins spécifiques de la population autochtone de la région. Par leur mission commune, ces centres sont activement engagés dans l'amélioration de la qualité de vie des Autochtones en milieu urbain et accompagnent leurs membres dans leur quête de mieux-être. La lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale,

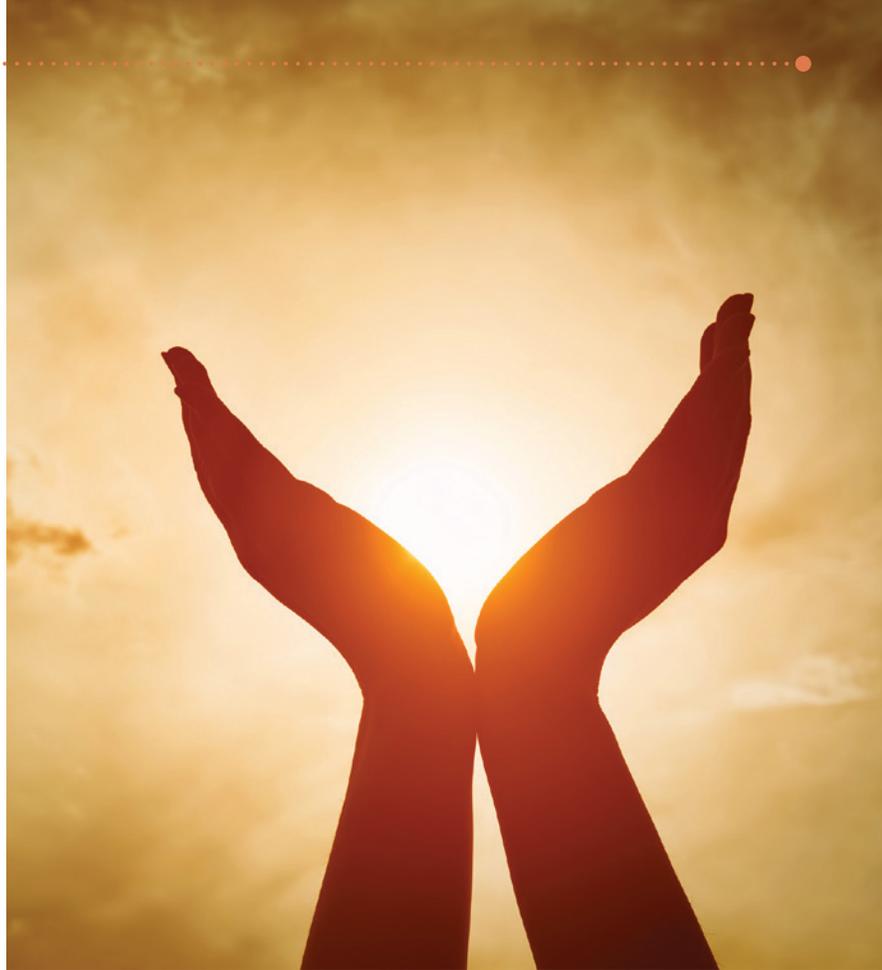
le renforcement de l'identité culturelle, les revendications pour l'égalité et l'exercice des droits, la promotion de la santé, la lutte contre le racisme et la discrimination sont tous des axes d'intervention prioritaires pour le Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec qui, par des actions ciblées, peut améliorer le mieux-être des Autochtones en milieu urbain, dont ceux éprouvant des difficultés en matière de santé mentale.

Les cliniques de santé autochtones *Minowé* et *Acokan*, situées respectivement dans les Centres d'amitié autochtones de Val-d'Or et de La Tuque, sont des modèles d'innovation sociale de prestation de services en santé et de services sociaux pour les Autochtones dans les villes et sont entièrement intégrées au réseau local de services. L'offre de services de santé et de services sociaux regroupe des professionnels qui travaillent au sein de ces cliniques pour répondre aux besoins de la population autochtone selon une approche de sécurisation culturelle. Les cliniques permettent au réseau québécois de la santé de remplir ses obligations populationnelles en desservant la clientèle autochtone dont l'utilisation des services, excluant les services d'urgence, était faible, voire inexistante. Ce modèle de services améliore la santé globale de la population par l'accès aux services, mais aussi par un continuum d'une cinquantaine de services disponibles dans les Centres d'amitié.

Par ailleurs, le déploiement de trois intervenants psychosociaux aux Centres d'amitié autochtones de Sept-Îles et de La Tuque, ainsi qu'à Montréal Autochtone, a permis d'offrir des services urbains psychosociaux et juridiques d'urgence pour les Autochtones vivant des situations de vulnérabilité dans les villes, notamment les femmes. Ces initiatives sont des exemples de bonnes pratiques qui favorisent l'accessibilité des services en milieu urbain et contribuent ainsi à l'atteinte d'un mieux-être personnel.

## CONCLUSION

*Mino Madji8in* est un concept autochtone où l'harmonie et l'équilibre sont à la base de la quête du mieux-être individuel et collectif. Il s'appuie sur la notion d'holisme, qui est au cœur du bien-être global chez les peuples autochtones. Plus de la moitié des membres des Premières Nations résident dans



les villes au Québec et des préoccupations socioéconomiques propres à cette population ressortent, dont le sentiment de perte d'identité et de repères culturels, l'éloignement du réseau de soutien de la communauté, la détérioration des habitudes de vie. Les Centres d'amitié autochtones sont des lieux permettant d'accompagner les Autochtones et de prévenir les difficultés qu'ils vivent en milieu urbain par la prestation d'un continuum de services culturellement sécurisants qui favorise leur mieux-être personnel et collectif.

*Pour plus d'information sur les Centres d'amitié autochtones au Québec et leur offre de services, vous pouvez consulter le [www.rcaaq.info](http://www.rcaaq.info).*

## BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2006). *Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada*, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/15-fra.php>] (Consulté le 6 juillet 2016).

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2011). *Remise en question : les normes coloniales en tant que déterminant de la santé mentale des Autochtones*, [En ligne]. [[http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/70/colonial\\_norms\\_FR\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/70/colonial_norms_FR_web.pdf)] (Consulté le 6 juillet 2016).

Comité consultatif des Premières Nations et des Inuit relatif au marché du travail (CCPNIMT). (2015). *L'état du marché du travail au Québec pour les Premières Nations et les Inuit : situation récente et tendances. Rapport préliminaire*.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL). (2008). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec*, [En ligne]. [<https://www.cssspnql.com/champs-intervention/secteur-recherche/enquetes-populationnelles/enquete-regionale-sante>] (Consulté le 5 juillet 2016).

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *La santé mentale : renforcer notre action*, [En ligne]. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>] (Consulté le 6 juillet 2016).

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). (2009). *Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec*, [En ligne]. [<http://www.rcaaq.info/fr/publications/memoires.html>] (Consulté le 5 juillet 2016).

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (RCAAQ). (2014). *Lutte à l'intimidation envers les Autochtones dans les villes*, [En ligne]. [<http://www.rcaaq.info/fr/publications/memoires.html>] (Consulté le 5 juillet 2016).

Santé Canada. (2014). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations – Rapport sommaire*, [En ligne]. [[http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/pubs/promotion/\\_mental/2014-sum-rpt-continuum/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/pubs/promotion/_mental/2014-sum-rpt-continuum/index-fra.php)] (Consulté le 6 juillet 2016).

Santé mentale Québec – Chaudière-Appalaches (SMQ-CA). (2016). *La santé mentale*, [En ligne]. [<http://www.acsm-ca.qc.ca/la-sante-mentale.html>] (Consulté le 6 juillet 2016).

Statistique Canada. (2011). *Enquête nationale auprès des ménages*.

# Accès aux services de santé mentale : un défi pour les Franco-Ontariens



Raymond Tempier

Raymond Tempier, M.D., M. Sc., FRCPC

La question linguistique exerce une influence très importante sur l'accès aux services de santé mentale et cela n'est pas unique au Canada; elle représente pour les gouvernements un défi de taille. Il est donc intéressant de regarder ce qui se passe en milieu minoritaire francophone au Canada et plus particulièrement en Ontario sur le plan de la santé mentale et de l'accès aux services. Mais quand on pense aux services en français pour la minorité franco-ontarienne, il faut inévitablement faire un retour historique et mentionner le Règlement 17.

En 1912, sous la poussée des Orangistes qui craignaient une invasion de la population québécoise et avec la complicité de l'Église catholique anglophone menée par un évêque d'origine irlandaise, le Gouvernement de l'Ontario de l'époque a édicté le Règlement 17 qui interdisait d'avoir des cours à l'école dans une autre langue que l'anglais. Les enfants canadiens-français ont donc dû se plier à ces exigences et il s'en est fallu de peu pour que l'usage du français disparaisse de l'Ontario. Depuis, les choses ont changé et il existe en Ontario des commissions scolaires francophones. Aussi, tous les textes de lois – y compris la Loi sur la santé mentale de l'Ontario – sont traduits en français.

Mais le mal est fait, si je peux dire... Maintenant, je rencontre souvent dans ma pratique des patients francophones qui me demandent de faire l'entrevue en anglais ou qui passent du français à l'anglais au milieu de la conversation. De façon anecdotique, je dirai que soit les patients ne maîtrisent pas bien le vocabulaire médical en français, soit ils ont l'habitude de parler en anglais aux médecins et aux professionnels de la santé. Dans ces cas-là, je leur dis qu'on peut essayer en français et la plupart du temps, il n'y a pas d'obstacle majeur.

Toutefois, quand on examine l'accès aux services de santé mentale au Canada, y compris au Québec, la majorité des Francophones souffrant de troubles mentaux ne recherchent pas de traitement. Cette situation prévaut également en Europe (France et Belgique) (Tempier et coll. 2010). Cela est aussi vrai pour d'autres groupes linguistiques; ce n'est pas le fait unique des Francophones. Cependant, dans l'étude de Tempier et coll., les Canadiens sont plus susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale que les Européens, sauf pour les psychiatres, plus consultés en Europe. Il faut aussi savoir que la faible compréhension de l'anglais et de la culture dominante anglo-saxonne a été le principal obstacle à l'accès aux services de santé mentale des Canadiens d'origine asiatique (Li et Browne 2000). Et la différence de langue entre thérapeutes et clients s'avère un des meilleurs prédicteurs de l'abandon de services par ces derniers (Flaskerud 1986).

J'ajouterai que la situation de la population minoritaire anglophone au Québec est bien différente dans la mesure où elle est appuyée par la population majoritairement anglophone des autres provinces canadiennes. De plus, le Québec a incorporé dans sa loi sur les services de santé un article assurant l'offre de services en anglais.

## DROITS LINGUISTIQUES EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Sarah Bowen (2000) indique en conclusion d'un rapport fort intéressant de Santé Canada que les patients qui ne possèdent pas les compétences linguistiques nécessaires ont un accès réduit aux services de santé mentale et de consultation. Cela vaut autant pour les personnes des Premières Nations que pour les Francophones hors Québec et les nouveaux immigrants. Elle ajoute que les barrières linguistiques sont associées de manière constante à une moins grande satisfaction des patients quant aux soins. Un indicateur synthétique régional appelé IPSLOM a clairement démontré que sur 10 des 13 provinces et territoires, la population linguistique minoritaire est désavantagée quant à l'accès potentiel aux professionnels de santé (Warne et Bouchard 2013).

Lors d'une table ronde en 2010 sur la santé mentale des Francophones en situation minoritaire, la Société Santé en français et la Commission de la santé mentale du Canada ont exprimé leur opinion sur les enjeux et les défis des populations minoritaires du fait de leur langue en regard de l'intégration d'une stratégie de santé mentale. Certains constats des participants à cette table méritent d'être mentionnés :

- ▶ *Quand vous avez un problème de santé mentale, dans votre tête, il arrive dans votre langue maternelle!*
- ▶ *Lorsque nous utilisons des interprètes, beaucoup de notre expression est perdue dans la traduction.*
- ▶ *Comment pouvons-nous attendre que quelqu'un maîtrise pleinement son propre rétablissement si le professionnel ne comprend pas la culture et la façon de penser de cette personne?*
- ▶ *Faire partie d'une double minorité : être francophone et avoir une maladie mentale!*
- ▶ *Étant en psychose, il y avait des gens, des « bons », des « mauvais ». Les Francophones étaient les « bons » et la langue française apportait la sécurité et le confort.*

En prenant en compte ces énoncés ainsi que les opinions émises par la Société Santé en français et la Commission

de la santé mentale du Canada, cette table a émis un certain nombre de recommandations : 1) besoins en professionnels en santé mentale qui comprennent la culture francophone et qui peuvent aider les gens dans leur processus de récupération, 2) financement accru pour les services de santé mentale en français, 3) amélioration de la coordination des services avec entrée pour les Francophones pour les guider vers les bons services et établissement de ponts entre les services, 4) vérification des services qui prétendent être bilingues, mais qui en fait ne fournissent pas de services en français.

## ACCÈS AUX PSYCHIATRES POUR LES FRANCO-ONTARIENS

Savoir si la qualité des services de santé mentale reçus varie en fonction de l'appartenance à un groupe linguistique minoritaire demeure une question importante et cela dans un souci de planification et d'équité. De ce fait, on a étudié la compatibilité entre la langue des personnes hospitalisées en psychiatrie et celle des psychiatres (Tempier et coll. 2015). Le principal objectif de l'étude que nous avons menée a été de comparer les échanges journaliers avec des psychiatres hospitaliers au cours des trois premiers jours de l'admission des patients.

Nous avons examiné l'accès aux psychiatres par groupes linguistiques chez tous les patients hospitalisés en psychiatrie en Ontario entre 2005 et 2013, à l'aide d'une analyse des données de la base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé. L'échantillon comprenait 269 740 admissions en psychiatrie en Ontario, dont 4 259 touchant des personnes ayant le français comme langue d'usage préférée.

L'instrument de collecte de données a été le *Residents Assessment Inventory-Mental Health* (RAI-MH) utilisé obligatoirement dans tous les services psychiatriques pour adultes de l'Ontario (Hirdes et coll. 2002; Martin et Hirdes 2009). Notre variable dépendante était constituée par le nombre d'échanges quotidiens d'au moins 15 minutes avec un psychiatre. La variable – langue parlée – était basée sur la langue à laquelle la personne préfère recourir pour communiquer quotidiennement.

Le nombre de patients admis dans les hôpitaux ontariens et qui choisissent le français s'avère relativement faible, sauf pour 2 des 14 réseaux sanitaires : 1) la région Champlain, correspondant à Ottawa et à l'Est de l'Ontario, 2) le réseau

du Nord-Est, comprenant les villes de North Bay, de Sault Ste. Marie, de Sudbury et de Timmins. Sur un total de 4,8 % de Franco-Ontariens par rapport à la population générale, 20,1 % emploient le français dans le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain et 23,3 % dans le RLISS du Nord-Est (Recensement du Canada 2011).

Nous avons établi que les Francophones étaient beaucoup moins susceptibles de rencontrer un psychiatre. Et après ajustement de plusieurs variables, dont la dangerosité, l'âge, le sexe, le diagnostic, la région sanitaire d'appartenance, les patients qui ont préféré parler le français avaient moins de chances d'avoir des échanges quotidiens avec un psychiatre.

Notre étude, une première au Canada, montre que les psychiatres ont effectué moins de visites auprès des patients francophones. Cette étude comporte certaines limites, dont le fait qu'on ignore combien de psychiatres en Ontario peuvent communiquer aisément en français. Aussi, certains Francophones sont bilingues et ont été classés dans le groupe anglophone. Il est sûr que dans plusieurs services psychiatriques ontariens, les personnes francophones ont tendance à parler anglais avec les médecins.

Il faut donc être prudent avant de tirer des conclusions devant un phénomène complexe. Cette diminution du nombre de visites de la part des psychiatres doit être considérée comme un drapeau rouge, mais ne reflète peut-être pas la prise en charge globale par une équipe multidisciplinaire. Pour vérifier si une norme inférieure de soins est associée à l'appartenance à une minorité linguistique, ces analyses doivent être reproduites avec d'autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire de santé mentale (infirmières, travailleurs sociaux, etc.).

Néanmoins, cette étude indique une possible inégalité d'accès des Franco-Ontariens aux services psychiatriques. Le défi politique pour cette province qui se veut bilingue est donc de savoir comment assurer un accès équitable à des services de santé mentale pour les Francophones, en particulier lorsque leur nombre est faible. Avec l'introduction de nouvelles méthodes de réforme du financement des hôpitaux de l'Ontario, le gouvernement cherche à réduire les coûts des services. Mais la prise en compte de l'équité d'accès aux services pour les minorités linguistiques pourrait aider à alléger et à contrôler certains coûts du système de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bowen, S. (2000). *Access to Health Services for Underserved Populations in Canada*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de santé.
- Flaskerud, J. H. (1986). « The effects of culture compatible intervention on the utilization of mental health services by minority clients ». *Community Mental Health Journal*, 22(2), 127-141.
- Hirdes, J.-P. et coll. (2002). « The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-rater reliability and convergent validity ». *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 419-432.
- Li, H. Z. et A. J. Browne. (2000). « Defining mental illness and accessing mental health services: Perspectives of Asian Canadians ». *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(1), 143-159.
- Martin, L. et J.-P. Hirdes. (2009). « Mental health needs and service use in Ontario ». *Healthcare Management Forum*, 22(1), 40-46.
- Snowden, L. R. et F. K. Cheung. (1990). « Use of inpatient mental health service by members of ethnic minority groups ». *American Psychologist*, 45(3), 347-355.
- Tempier, R., E. Bouattane et J. Hirdes. (2015). « Access to psychiatrists by French-speaking patients in Ontario hospitals: 2005 to 2013 ». *Healthcare Management Forum*, 28(4), 167-171.
- Tempier, R. et coll. (2010). « Comparing mental health of francophones in Canada, France, and Belgium, 12-month and lifetime rates of mental health service use (par. 2) ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 295-304.
- Warnke, J. et L. Bouchard. (2013). « Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé dans les régions sociosanitaires du Canada ». *Revue canadienne en santé publique*, 104(6), (suppl.), 549-554.

# L'offre de services en santé mentale des jeunes une réflexion sur les représentations et les conceptions



Léna Diamé Ndiaye

Léna Diamé Ndiaye, Ph. D., Professeur, Université de Saint-Boniface, Winnipeg

Cet article propose une réflexion sur la santé mentale des jeunes immigrants francophones d'origine africaine. Il s'agit ici d'explorer les conceptions et les représentations de la santé mentale, mais surtout leur influence sur les services offerts à ces jeunes. Deux constats fondamentaux traversent cette réflexion : il existe peu de statistiques sur l'état de santé mentale des jeunes francophones issus de l'immigration au Canada et l'offre de services en santé mentale pour ceux-ci reste fragmentée et inaccessible surtout dans les provinces qui abritent une minorité francophone.

L'absence de statistiques sur les jeunes issus de l'immigration africaine peut s'expliquer par le fait que la plupart de ceux présentant un trouble mental échappent encore aux professionnels de la santé à cause des représentations. Celles-ci sont au centre des rapports dysfonctionnels entre les familles et les services sur les questions de santé mentale. La maladie mentale reçoit une interprétation conforme aux systèmes socioculturels africains.

Il faut souligner qu'au Canada, les questions liées aux représentations dans le champ de la santé mentale en contexte d'immigration ont été peu explorées. En situation linguistique minoritaire, ces questions n'ont jamais fait l'objet d'examen structurés et approfondis. Nous considérons que les comportements de recherche d'aide des familles francophones issues de l'immigration africaine, leur mode d'utilisation des services et leurs ressources informelles de prise en charge doivent faire l'objet d'une documentation plus poussée pour mieux intervenir auprès des jeunes. Si l'intervention précoce favorise un travail de proximité avec les familles pour mieux cerner les représentations de la maladie mentale, elle permet aussi d'en anticiper les conséquences. Rappelons que les troubles de santé mentale chez les jeunes occasionnent des dépenses importantes de santé publique, surtout sur le plan des systèmes éducatif, judiciaire, sanitaire et de justice pénale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2001), la morbidité imputable aux troubles mentaux deviendrait l'une des cinq principales causes d'incapacité des enfants et des jeunes. Une étude de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révèle que les taux de visites aux services d'urgence en raison de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes ont augmenté de 45 % (ICIS 2015). Ces statistiques peuvent donner une idée de la situation des jeunes immigrants d'origine africaine immergés dans un mode de vie dysfonctionnel tendu entre tradition et modernité.

Malgré de nombreuses réformes des services de santé mentale dans la plupart des provinces canadiennes, au Manitoba, l'offre de services pour les jeunes francophones issus de l'immigration africaine n'intègre pas les dimensions relatives aux

représentations et aux conceptions. La prise en compte de ces éléments, ajoutés à celui de la langue, s'avère centrale et pose la nécessité de la compétence culturelle chez les prestataires de services qui gravitent autour de ces jeunes. Paraphrasant Salem, nous estimons que l'offre de services en santé mentale pour les jeunes francophones issus de l'immigration doit intégrer les aspects significatifs « du réseau interactionnel naturel, c'est-à-dire l'environnement immédiat significatif mais aussi le contexte socioculturel, religieux, économique, ethnique, politique, etc. » (2005, p. 4). Ce modèle, assimilé au modèle circulaire écosystémique, met l'accent sur les conditions d'immigration tout en favorisant une compréhension plus approfondie des conceptions de la santé mentale. Pour Salem (2005, p. 4), le modèle écosystémique « n'écarte pas de son champ les variables biologiques, comportementales ou psychodynamiques des troubles mentaux », mais les intègre dans sa conception holistique des comportements humains.

Selon Mbodie (2001), les modèles africains de la santé mentale n'ont pas été suffisamment explorés et intégrés par le processus classique de réflexion et de classification. Pourtant, ils demeurent – malgré leur ambiguïté aux yeux de l'observateur – en cohérence avec l'ensemble des cultures africaines et la signification sociale du trouble mental. Ces modèles s'adosent sur des représentations sociales et des conceptions qui définissent les souffrances d'un jeune aux prises avec des troubles mentaux. Allant dans le même sens que Mbodie, Sow (1977) croit que pour les Africains, la notion de trouble mental existe et se fonde sur les structures symboliques les plus essentielles de la culture. Les structures symboliques, enracinées dans la tradition et la religion, sont productrices de sens. Elles offrent aux familles des espaces informatifs et explicatifs des troubles mentaux. Selon Collomb (1965), la compréhension d'une attitude naturellement thérapeutique vis-à-vis de la personne et de sa famille passe par une étiologie de transfert, car les troubles ne sont jamais fortuits mais résultent de mauvaises relations avec un ou plusieurs membres du groupe et des difficultés avec les règles qui régissent la communauté. Les déficiences ou les troubles mentaux concernent le groupe. Ils n'ont pas de caractère social aliénant, c'est-à-dire qu'ils ne relèvent pas de la sphère individuelle. Améliorer la santé mentale des jeunes Africains doit intégrer ces dimensions, car la souffrance psychique du jeune est diluée dans des schémas de représentation importés par les familles immigrantes.

Il faut garder à l'esprit que le traitement du jeune Africain devient ainsi un champ d'affrontement de deux logiques : celle, traditionnelle, incarnée par les familles et celle, moderne, des intervenants. Ce qui nous fait dire, à la suite de Mbodie (1997), que vouloir traiter la santé mentale des jeunes immigrants francophones élevés dans un environnement socioculturel

# immigrants francophones d'origine africaine : à partir du contexte manitobain

où les individus ont du mal à la concevoir et à la nommer semble difficile. Cette difficulté réside essentiellement dans l'étiologie de transfert des troubles de l'individu au groupe. Collomb (1965) et Sow (1977) ont tenté d'expliquer ces « variétés étiologiques » à travers une typologie duelle largement partagée dans les traditions africaines avec le concept d'attaque au centre : l'attaque ou la possession par les esprits et l'attaque menée par des individus vivants à travers la magie noire. Zemleni et Rabain (1965), en insistant sur l'importance des classifications traditionnelles des troubles mentaux, présentent une « étiologie » organisée essentiellement autour de l'ordre culturel. Ils distinguent deux axes principaux articulés autour de l'idée d'action :

- ▶ l'action des esprits (esprits introduits par la religion, esprits ancestraux traditionnels) qui peuvent être errants, inconnus cherchant un lieu d'habitation, qui peuvent investir la personne, la rendant malade jusqu'à ce qu'une cérémonie de dépossession la libère;
- ▶ l'action des hommes (sorcellerie, envoûtement) contre l'ancêtre réincarné dans l'enfant; il s'agit de jaloux du voisinage ou de la famille élargie.

Dans la représentation sociale, seuls les guérisseurs traditionnels peuvent lutter contre ces actions. En effet, le consensus collectif créé autour de l'interprétation de la maladie et le diagnostic du guérisseur ou du marabout attribuent une place significative au jeune malade dans un système culturel formé par des unités de représentation.

L'enfant autiste constitue un exemple d'unité de représentation. Il apparaît comme « le mauvais enfant », car il a un cri particulier, ne regarde jamais en face ses camarades, ne parle pas et s'isole la plupart du temps. Dans certaines situations, il est perçu comme étant capable de tuer mystiquement ses parents. Toutefois, Zemleni et Rabain (1965) abordent la perception de l'enfant autiste sous un autre angle : il est appelé « l'enfant merveilleux » et il est vu comme une chance pour la famille

en raison de sa beauté et de son calme. Pour éviter la jalousie, l'enfant est souvent caché.

Dans le paysage de l'immigration, les services de santé mentale pour les jeunes francophones doivent intégrer le référentiel de base indispensable à leur ancrage socio-institutionnel, c'est-à-dire tenir compte de la langue mais aussi des éléments culturels. La notion de santé mentale s'inscrivant dans la conception africaine de l'univers avec ses forces maléfiques et protectrices, le trouble mental d'un jeune est interprété comme une perturbation de l'ordre établi et une modification des rapports entre lui, sa famille et les esprits. À ce titre, la maladie intéresse non seulement le jeune Africain et sa famille, mais l'ensemble du groupe ethnique d'origine menacé dans sa cohésion. Il faut donc rétablir l'ordre, restaurer les bons rapports, fixer les individus et les esprits dans leurs fonctions respectives établies depuis toujours par la coutume. En ce qui a trait aux techniques thérapeutiques, Collomb (1965) considère que le groupe peut participer activement à la prise en charge du malade, soit directement avec les professionnels, soit à travers la médiation de certains de ses membres spécialisés dans la découverte des causes.

En conclusion, soulignons qu'en santé mentale, le système représentationnel compose l'essentiel de la réalité des familles immigrantes francophones, les représentations constituant le socle d'interprétation des troubles mentaux et des traitements y afférents. Ces familles sont dépositaires des représentations issues des modes de reproduction culturelle symbolique. En contexte linguistique minoritaire, la collaboration des familles est fondamentale dans le traitement des jeunes souffrant d'une maladie mentale. Au-delà de l'offre de services en français, elle constitue la pierre angulaire de toute politique visant à assumer la responsabilité efficiente des jeunes Africains francophones. L'importance d'intégrer la famille dans les soins aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale a été examinée par plusieurs études empiriques (Boydell et coll. 2006, Syryanyan 2001, Angold et coll. 1998).

## BIBLIOGRAPHIE

- Angold, A. et coll. (1998). « Perceived parental burden and use for child and adolescent psychiatric disorders ». *American Journal of Public Health*, 88(1), 75-80.
- Collomb, H. (1965). « Rencontre de deux systèmes de soins. À propos de thérapeutiques des maladies mentales en Afrique ». *Social Sciences et Médecine*, 7(8), 623-633.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2015). *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux*, une nouvelle étude de l'ICIS.
- Mbodie, N. C. (2001). « Pour une politique de santé mentale adaptée en Afrique noire ». *Médecins d'Afrique Noire*, 48(11), 465-471.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Rapport 2001 sur les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, Genève, Éditions de l'OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2005). « Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ». *Guide des politiques et des services de santé mentale*, Genève, Éditions de l'OMS.
- Salem, G. (2005). *L'approche thérapeutique de la famille* (4<sup>e</sup> édit.), Paris, Masson.
- Sow, I. (1977). *La psychiatrie dynamique africaine*, Paris, Payot.
- Syryanyan, S. (2001). « Rôle de la famille dans la prise en charge de la souffrance psychique ». Dans M. Gueye (sous la responsabilité de), *Approches interculturelles en santé mentale. L'Afrique, l'Europe, le Québec* (99-102). Namur, Presses Universitaires de Namur.
- Zemleni, A. et J. Rabain. (1965). « L'enfant *nik ku bon* : un tableau psychopathologique traditionnel chez les wolof et lébous du Sénégal ». *Psychopathologie africaine*, 1(3), 392-441.

# Rencontrer l'autre dans ses ressemblances et dans ses différences



Ellen Corin

Ellen Corin, membre, Société psychanalytique de Montréal

Il n'y a pas si longtemps, nous entendions parler du monde et des autres cultures à travers les journaux, la radio ou ce que nous en disaient les voyageurs. Il nous arrivait aussi de croiser des gens venus d'ailleurs, mais sans que leur présence ne nous remette vraiment en question. Or, depuis un certain temps, ces personnes se font plus visibles dans l'espace public et nous sommes davantage appelés à les côtoyer dans notre quotidien. Ces dernières années aussi, ces « étrangers du dedans » que sont les Autochtones se sont rappelés à nous de manière plus insistante et nous sommes plus sensibles aux droits et à la reconnaissance qu'ils revendiquent. En même temps, la dérive dont témoignent certains d'entre eux croisés dans les rues des villes nous oblige à nous interroger sur la place des Autochtones dans la société québécoise.

Ainsi, à l'image de ce qui se passe dans le monde, notre société est de plus en plus hétérogène, diversifiée. Cette nouvelle réalité peut susciter en nous curiosité ou crainte, ou encore une indifférence ou le sentiment que ces personnes menacent qui nous sommes et que leur différence est un défi direct à nos manières de vivre et d'être. Et lorsque nous nous interrogeons sur nos réactions, lorsque nous observons celles autour de nous, ce qui nous apparaît exprime à quel point notre rapport à l'autre est coloré par notre imagination et nos fantasmes, que nous fassions de l'autre une figure exotique et fascinante ou, au contraire, le réceptacle de notre anxiété ou l'incarnation d'un péril.

Les réflexions visent ici à cerner de manière plus précise un certain nombre de malentendus et d'incompréhensions qui peuvent faire obstacle à notre rapport à l'autre, à l'étranger. Elles veulent aussi proposer certains repères pouvant nous servir de guide dans cette rencontre. En prenant comme base la manière dont ces questions se posent dans le champ de l'intervention en santé mentale, je vais me centrer successivement sur deux modèles d'intervention : d'une part, celui de l'ethnopsychiatrie formulé par Tobie Nathan; d'autre part, celui d'une approche plus intégrée en santé mentale, qui tient compte de certaines critiques adressées à l'ethnopsychiatrie. Ce bref parcours nous permettra de revenir sur la question de départ : Comment rencontrer l'autre à la fois dans ses différences et dans l'humanité qui nous est commune?

## LES RISQUES DE MALENTENDUS DANS LA RENCONTRE

En me basant ici sur mon expérience d'anthropologue ayant travaillé en Afrique et en Inde, mais aussi sur mon expérience de clinicienne à Montréal avec des personnes de diverses origines culturelles, je suggère que le défi est de pouvoir se tenir sur la fine crête de la rencontre entre deux attitudes : à la fois, et d'une part, tenir compte de différences importantes dans les manières de percevoir le rapport au corps (pensons au voile,

au « burkini », au port de vêtements traditionnels qui peuvent nous sembler étranges ou inadaptés), le rapport au monde (le fait de le peupler d'esprits bons ou maléfiques, la présence des défunts dans la vie des vivants), le rapport aux autres (la structure des rapports dans la famille, mais aussi le soupçon d'être l'objet de pratiques de magie ou de sorcellerie émanant de personnes qui nous sont hostiles); mais aussi, d'autre part et en même temps, être attentif au fond d'humanité qui nous est commun, à ce qui en nous peut entrer en résonance avec la réalité intime de ce qui s'exprime à travers ces différences apparentes. Un équilibre difficile à tenir : reconnaître ce qui nous est familier derrière des différences apparentes, mais aussi repérer comment ce qui semble commun peut recouvrir des vécus différents. Par exemple, on peut s'entendre sur le fait qu'un certain problème en est un de dépendance. Toutefois, alors que pour l'intervenant, cette dépendance est perçue comme quelque chose de négatif dont il faut se dégager en raison de la valeur culturelle que nous attachons à l'autonomie, pour une personne originaire d'une autre culture, le problème peut être que ces liens de dépendance ont été rompus, de sorte qu'il faut chercher à reconstruire un réseau de liens de dépendance associés à un sentiment d'identité et de sécurité.

En d'autres termes : Comment ne pas effacer ce qui est propre à l'autre, ce qui organise son rapport au corps, aux autres, au monde, en fonction de valeurs et d'idées qui nous semblent profondément étrangères, tout en étant attentif à ce qui nous rejoint et entre en résonance avec quelque chose en nous?

Cette question se pose avec une acuité déterminante sur le plan de la clinique en santé mentale ou celui de l'accompagnement de personnes en difficulté. Les intervenants en font directement l'expérience et ce peut être pour eux la source d'un profond malaise ou d'un sentiment d'insécurité : soit qu'ils se heurtent à des demandes ou à des attentes auxquelles ils ne sont pas habitués, soit qu'ils aient du mal à déchiffrer le sens d'un symptôme ou d'une plainte, soit qu'ils se sentent déstabilisés par une dynamique familiale particulière, par la place et le rôle de l'entourage dans la vie de la personne, soit qu'ils soient déconcertés par la manière dont la personne ou sa famille cherche à expliquer ce qui a causé le problème en faisant appel à des notions qui nous sont étrangères, telles l'action de mauvais esprits ou encore des pratiques de sorcellerie ou de magie.

Dans ce dernier cas, il est important d'avoir en tête le fait que dans de nombreuses cultures, on distingue clairement deux catégories de causalité : celle qui correspond à « comment » les problèmes se sont produits (on est malade parce qu'on a attrapé un microbe ou on s'est cassé la jambe parce qu'on s'est pris le pied dans un trou du trottoir); celle plus profonde du « pourquoi » (pourquoi est-ce que je me suis

pris le pied dans ce trou?, pourquoi est-ce moi qui ai attrapé ce microbe?). Ce second type de causalité intervient en fait lorsque la maladie ou les problèmes sont très graves, résistent au traitement ou présentent certains traits bizarres, source d'inquiétude. Il importe ici de réaliser que nous aussi, devant un problème sérieux qui résiste au traitement, nous nous posons la question du « pourquoi » : pourquoi moi?, pourquoi lui? Mais cette interrogation reste flottante, nous n'invoquons pas l'action d'un sorcier ou d'un défunt mécontent.

La liste des points qui interrogent nos modes habituels de pratique serait longue. Leur portée est accentuée par le fait que les discussions et les malentendus que suscitent les différences recouvrent des conflits de valeurs, des manières variées de penser les rapports de parenté et de genre ou une tension que nous avons souvent du mal à interpréter entre la personne et son groupe d'appartenance. Les difficultés de communication sont amplifiées par la barrière de la langue, par la nécessité parfois de passer par un interprète, par le fait que l'on réalise la complexité de traduire certains mots ou notions d'une langue à l'autre.

Devant ces difficultés, les intervenants réagissent différemment : soit ils effacent ou minimisent la pertinence de la dimension culturelle des problèmes, par exemple en se fiant uniquement aux critères objectifs inclus dans leurs manuels, soit ils mettent l'accent sur les différences culturelles et les placent au centre de leurs interventions, au risque de caricaturer ce qui définirait par exemple les Africains, les Asiatiques ou encore les Autochtones, soit ils acceptent de s'interroger, de ne pas savoir et de faire de cette incertitude un principe d'ouverture à l'autre.

Dans cette troisième position, le flottement suscité par le rapport à l'étranger s'élargit pour mettre en doute l'évidence et la généralité de ce que nous tenons habituellement pour acquis et comme ayant une portée universelle. La voie n'est pas facile à trouver entre une sous-estimation de l'importance de la culture dans la manière d'exprimer les problèmes et d'y réagir, et sa surestimation lorsque l'autre se trouve assigné à sa culture d'origine.

## **DU CÔTÉ DE LA CULTURE, LA VOIE DE L'ETHNOPSICHIATRIE**

En France, sous l'inspiration de Tobie Nathan, le courant de l'ethnopsychiatrie a particulièrement mis l'accent sur l'importance de prendre en compte la culture des personnes. Cette perspective se fonde sur le constat de la difficulté à créer un cadre de référence commun dans lequel puissent s'inscrire tant l'offre que la demande d'aide. En effet, toute pratique thérapeutique et tout diagnostic posé sur un problème sont soutenus par une certaine théorie, explicite ou implicite, par une certaine conception de la personne et des rapports sociaux, par certaines idées concernant le bien-être et la pathologie. Par exemple, la maladie est-elle un phénomène purement individuel? Est-elle l'indice de problèmes familiaux beaucoup plus larges qui sont la source des difficultés que vit la personne? Ou bien le résultat de ce que certains rituels n'ont pas été accomplis? Ou encore le signe que la personne a été choisie pour succéder à une grand-mère guérisseuse? Dans ce dernier



cas, les problèmes peuvent s'accompagner de rêves ou de vécus hallucinatoires. Les intervenants ont aussi leurs propres conceptions et leurs théories relatives aux manifestations, aux causes et aux manières de traiter les problèmes, des idées acquises au cours de leur formation, mais qui viennent aussi du milieu dans lequel ils ont grandi.

Ces théories véhiculées par les personnes qui se rencontrent lors de la consultation demeurent généralement implicites. Toutefois, lorsque les personnes et les intervenants ne partagent pas la même culture, elles deviennent source d'incompréhensions et de malentendus qui se reflètent dans des insatisfactions et des arrêts de traitement, et qui font obstacle à la mise en place d'une relation thérapeutique véritable. Il s'agit dès lors de trouver un terrain de négociation, de créer une sorte d'aire transitionnelle qui permette des passages entre les deux mondes.

Dans les faits, le courant de l'ethnopsychiatrie met l'accent sur la nécessité de prendre en compte les manières par lesquelles la personne et ses proches cherchent à clarifier le sens des problèmes et leur cause, et c'est essentiellement sur ce plan que se négocient les échanges. Ainsi, le clinicien va souvent interroger les personnes sur le sens que l'on donne dans l'entourage au problème en question, ou leur demander si on a consulté certains spécialistes, devins ou guérisseurs, à propos de l'origine des problèmes. J'ai relevé plus haut que ce second registre de causalité, celui du « pourquoi », ne nous est pas étranger, mais pour ce qui nous concerne, il demeure généralement privé et ne fait pas partie du savoir scientifique ou des connaissances que valorisent les approches professionnelles classiques. D'autres sociétés possèdent un langage qui vise à rendre

compte du pourquoi des problèmes; elles font par exemple appel à l'action de sorciers, à la magie, à une possession par des esprits. Mais en référant à ces catégories, c'est tout le champ des conflits, des transgressions et des rapports aux ascendants et aux esprits qui se trouve interrogé et mis de l'avant, et c'est souvent l'objet de nombreuses discussions dans la famille.

Ainsi, souligne Tobie Nathan, derrière leur apparent exotisme, les théories étiologiques culturelles renferment des « trésors de vérités psychologiques »; elles sont généralement interrogatives et multiples, au sens où ce sont des hypothèses qui circulent dans l'entourage et qui changent avec le temps. On peut les considérer comme des sortes de « faire parler » qui permettent d'aborder de biais des conflits individuels et familiaux, de poser la question du désir, de l'amour et de la haine, des rapports aux ancêtres et à la tradition. Les échanges autour de ces hypothèses étiologiques donnent à l'entourage l'occasion de se rassembler autour de la personne souffrante et de partager l'inquiétude que suscitent ses difficultés.

Le dispositif de base de l'ethnopsychiatrie élaboré par Tobie Nathan consiste à construire un cadre culturel métissé qui puisse contenir à la fois les représentations culturelles des personnes et celles des thérapeutes. Ainsi, lors de la consultation, le clinicien principal est entouré par un groupe de stagiaires, de cliniciens et d'anthropologues d'origines culturelle différente. Ils communiquent à la fois entre eux et avec la personne et des membres de sa famille, à l'invitation du clinicien principal. Le groupe est attentif à la façon dont les théories étiologiques circulent entre les participants et évoluent au cours des rencontres cliniques.

Le groupe se concentre aussi sur la création d'un « contenant » qui puisse « porter » la personne. L'être humain est conçu comme entouré d'une double membrane, psychique et culturelle, qui contient la personne et permet des échanges avec le milieu. Lorsqu'un immigré ou un réfugié a perdu cette seconde enveloppe structurante, celle de la culture, il faut l'aider à la reconstituer afin qu'il y ait reprise de rapports flexibles avec le milieu.

### **UNE AUTRE APPROCHE QUI SOUTIENT LES PASSAGES**

Malgré l'intérêt du regard dont elle est porteuse, cette position de l'ethnopsychiatrie tend à tomber dans le travers d'une survalorisation de la dimension culturelle des problèmes : elle ne tient pas suffisamment compte de la dimension traumatique que peut comporter le rapport à la culture d'origine; elle néglige le caractère pluriel, hétérogène, du rapport à la culture chez les personnes qui viennent d'ailleurs; elle ne considère pas les formes toujours singulières, personnelles, que prend le rapport aux références culturelles selon les personnes.

#### **La dimension du traumatisme**

Le rapport à la culture d'origine n'est pas simple pour les personnes immigrantes. Il implique un sentiment de nostalgie et de deuil, souvent non dépourvu d'ambivalence, mais aussi, lorsque le départ a été traumatique, un désir de mettre à l'écart ce qui se rapporte au passé peut comporter un mélange d'idéalisation du temps de « l'avant » et d'un sentiment de libération par rapport aux contraintes de la société d'origine.

L'exil peut venir réactiver des blessures enfantines plus profondes et il n'est pas rare qu'en imposant sa marque dans l'histoire de la personne, il se redouble d'un exil à soi, ce qui fait qu'elle se sent étrangère à sa propre vie. Et sur ce réseau complexe des relations d'appartenance et d'identifications, les générations se situent souvent différemment : les plus jeunes peuvent se tourner davantage vers la modernité ou au contraire, réclamer une identité d'origine tue ou minimisée par des parents en mal d'intégration.

C'est sur ces chemins ambigus et changeants que doit aussi évoluer l'accompagnant, en essayant d'aider la personne à clarifier les diverses positions qui l'habitent.

Quand il y a des traumatismes profonds, il n'est pas toujours souhaitable de les aborder directement et de forcer la personne à les affronter. Quelquefois, ce processus s'avère trop douloureux ou trop menaçant et il ne peut prendre place que bien plus tard, parfois à la génération suivante. Le soutien que peuvent apporter les communautés culturelles ou religieuses à une démarche d'intégration à la fois sur le plan social mais aussi sur un plan plus personnel, la manière dont elles peuvent servir de « contenant » pour une souffrance indicible sont des appuis précieux pour la santé mentale. Cependant, cette présence collective peut aussi être associée à trop de contraintes, devenir trop lourde, et la personne cherche alors à dessiner ses propres chemins dans la société et la culture d'accueil. Chez les peuples autochtones, les initiatives privées ou communautaires visant à revaloriser et à réapprendre les langues d'origine jouent également un rôle important dans une perspective de santé mentale : pour l'Autochtone, la langue peut lui servir de porte et d'avenue vers la redécouverte de son identité et de sa fierté.

Dans le cas de personnes autochtones, l'accompagnement que nous pouvons leur offrir est compliqué par le fait qu'en tant que représentants de la culture majoritaire, nous sommes impliqués symboliquement dans la situation à la source de leurs problèmes. Que nous le voulions ou pas, nous nous trouvons à incarner le pouvoir qui a privé les Autochtones de leurs droits. Il s'agit de reconnaître cette responsabilité collective et d'en tenir compte lorsque nous parlons de la résistance que la personne peut opposer à l'aide qui lui est proposée. Le même mécanisme se retrouve par ailleurs lorsque des personnes, réfugiées ou immigrées, sont soumises à ce qui leur apparaît comme l'arbitraire du pouvoir, l'arbitraire des décisions qui les concernent, lorsque leur avenir dépend d'instances dont les règles de fonctionnement sont souvent non transparentes et même injustes.

#### **Des appartenances culturelles plurielles**

On a aussi l'impression que le courant qui se revendique de l'ethnopsychiatrie tend à simplifier ce qu'il en est du rapport à la culture d'origine. Les personnes ont souvent connu des trajectoires complexes, elles ont traversé différents univers culturels lors de leurs trajets migratoires.

Ainsi, dans un article récent autour de la question de la charte des valeurs, Yara El-Ghadban évoque la trajectoire d'un homme musulman rencontré à Toronto. Ses parents, nés dans le Nord

de l'Inde, se sont ensuite installés en Ouganda avec leurs enfants, puis en Belgique, entre la Flandre et la Wallonie, et enfin au Canada. Cet homme, déjà âgé, confesse : « Dans mon cœur, je suis Flamand et je le resterai jusqu'à ma mort ».

L'identité culturelle est donc devenue de plus en plus complexe, dynamique, fluide, en évolution. Et suivant le contexte, c'est un pan ou l'autre de l'identité qui prend le dessus.

D'autre part, il faut réaliser que pour les personnes immigrantes, la culture occidentale peut être porteuse de promesses et d'ouverture autant que de risques. Dans ce contexte, l'objectif devrait être de les épauler dans leurs tentatives pour évoluer sur la frontière entre deux ou plusieurs mondes ou de les aider à négocier les passages plutôt que de les renvoyer à leur culture d'origine.

### Un rapport singulier à la culture

Un des écueils auxquels se heurtent les approches qui se réclament de l'ethnopsychiatrie est une difficulté à penser les relations entre le collectif et le singulier. Elles semblent penser que le fait de connaître une culture donnerait directement accès à la psyché de ses membres. Comme si la connaissance des références culturelles dispensait d'avoir à s'interroger sur la signification toujours singulière dont les personnes les investissent. Or, autant le fait de tenir compte de la culture des personnes avec lesquelles on travaille est important, autant on risque, en les abordant essentiellement sous l'angle de leur différence culturelle, de les « rabattre » sur leur culture d'origine et de négliger le fait qu'il y a bien des façons de se relier à sa culture. Les personnes peuvent en prendre certains éléments et en rejeter d'autres, ou encore, un même élément culturel peut avoir des significations différentes pour diverses personnes. Dans ce contexte, la rencontre de l'autre risque de ne plus être une découverte toujours en partie inattendue des enjeux psychiques sous-jacents à la souffrance ou aux symptômes, ou même de ce qui pousse une personne à se référer à telle ou telle croyance ou à réagir de manière particulière. La « découverte » de l'autre, toujours inédite, se transforme alors en une simple « reconnaissance » de ce que l'on savait d'avance sur l'autre et sur sa culture.

### LA QUESTION DE LA LANGUE

Il peut être difficile pour des intervenants de travailler avec des personnes qui ont une connaissance très imparfaite de notre langue ou, même, qui ne la parlent pas. Les interprètes peuvent jouer un rôle central dans l'établissement d'un espace d'échange et servir de passeurs entre les mondes : qu'ils aident les intervenants à comprendre ce qui est en jeu dans certaines

réactions ou qu'ils se fassent pour les personnes qui viennent d'ailleurs les médiateurs de notions ou de règles associées aux espaces institutionnels ou à la société d'accueil.

Il est souvent intéressant de voir comment les différentes langues circulent et sont utilisées dans l'entourage de la personne et de chercher à comprendre à la fois quels sont les enjeux et les implications de leur utilisation. Du côté des personnes et de leur entourage, le fait pour la personne de pouvoir utiliser des mots de sa propre langue à certains moments du suivi, de nous faire entendre sa sonorité et de nous permettre de ressentir sa portée matricielle peut être extrêmement précieux. Du côté des intervenants, la nécessité d'affronter la difficulté de traduire certains termes ou certaines notions nous rend aussi sensibles à ce qui reste d'intraduisible, et d'une certaine manière d'énigmatique ou d'opaque dans le rapport à l'autre, quel qu'il soit, ce qui peut contribuer à relancer notre mouvement vers l'autre.

### UNE CLINIQUE SENSIBLE À L'ALTÉRITÉ

Les approches cliniques courantes s'adressant à des personnes de la culture majoritaire sont, en principe tout au moins, sensibles à la dimension singulière de la souffrance psychique et c'est cette singularité que nous cherchons à reconnaître ou à faire émerger, à accompagner. Si nous sommes attentifs à l'influence de facteurs sociaux ou économiques plus larges, ce n'est généralement pas aux dépens d'une approche centrée sur les personnes et leur entourage proche. De la même façon, dans une clinique sensible à la diversité culturelle, il est essentiel de considérer à la fois la valeur symbolique des références culturelles de base et leur importance pour le sentiment de soi, et leur degré de flexibilité, de transformation et d'appropriation de manière toujours inédite dans le cadre de vies particulières.

Plus largement, on pourrait dire qu'une clinique sensible à la diversité culturelle nous fait prendre conscience qu'un rendez-vous clinique ou un accompagnement n'est pas juste une rencontre entre des personnes, mais aussi entre des univers culturels, et cela même lorsque la personne appartient en principe à la même société que nous. Dans ce contexte, nous devons examiner nos propres appartenances culturelles qui constituent pour nous à la fois un repère qui nous permet de nous orienter, mais aussi un biais qui peut fausser notre rapport à l'autre. La fréquentation de personnes ouvertement différentes sur le plan culturel nous incite ainsi à nous intéresser au champ culturel dans lequel baignent les gens avec lesquels nous travaillons ou que nous accompagnons, non pour les y assigner mais pour voir ce que cela signifie pour eux et comment ils en jouent et parfois le déjouent.

### BIBLIOGRAPHIE

- El-Ghadban, Y. (2014). « Zeinab, Hannah et la Charte ». Dans M.-C. Haince, Y. El-Ghadban et L. Benhadjoudja (édit.), *Le Québec, la Charte, le Voile. Et après?* (89-103). Montréal, Mémoire d'encrier.
- Hirt, J.-M. (1997). « L'ailleurs et l'ici : l'héritage de l'exil ». *Psychologie clinique, Nouvelle série*, 3 (*Les sites de l'exil*), 49-57.
- Moro, M.-R. (1991). « Éditorial : métissage des pensées, métissage des hommes ». *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, (17), 7-9.
- Nathan, T. (1986). « L'utérus, le chaman et le psychanalyste. (Ethnopsychiatrie du cadre thérapeutique) ». *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, (5), 17-48.
- Nathan, T. (1993). « L'œil, le poison magique et le talisman. Cause et sens en pratique ethnopsychanalytique ». *Anthropologie et sociétés (Folie, espace de sens)*, 17(1-2), 99-124.
- Sitou, R. (1997). « Universalité et singularité de l'exil ». *Psychologie clinique, Nouvelle série*, 3 (*Les sites de l'exil*), 13-29.

**NOUS AVONS LU POUR VOUS...**

## **Stigmatisation – Les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse**

Henri Dorvil, Laurie Kirouac et Gilles Dupuis, Presses de l'Université du Québec, 2015



Catherine Joly

Catherine Joly, conseillère en intégration socioprofessionnelle, Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAIME)

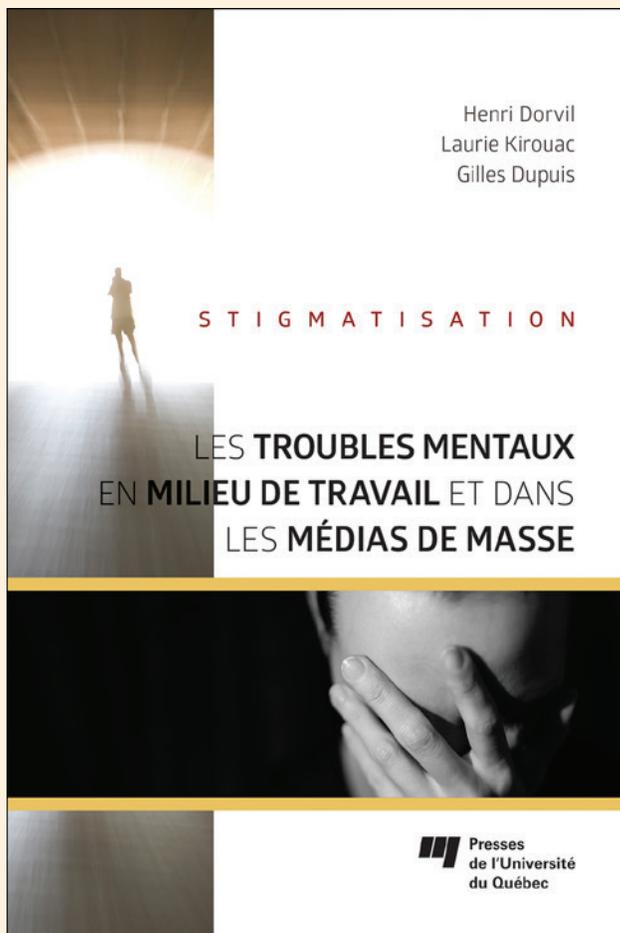
En toute honnêteté, c'est avec une certaine crainte que je me suis aventurée dans le livre *Stigmatisation – Les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse* puisque la lecture d'un ouvrage scientifique comprenant parfois plus de notes de bas de pages que de texte sur la page peut s'avérer effrayante, surtout en guise de lecture estivale.

Pendant, mon appréhension s'est avérée plus effrayante que la réalité. Un peu comme nos préjugés vis-à-vis de la santé mentale; nos craintes sont souvent bien plus effroyables que la vraie vie!

Bien que les auteurs nous donnent accès à leur recherche, à leur méthodologie et à leurs conclusions quantitatives, j'ai beaucoup apprécié la fluidité et la qualité de l'information contenue dans ce volume.

C'est aussi avec beaucoup de curiosité et d'enthousiasme que je me suis plongée dans cette lecture, puisqu'en tant que conseillère en intégration socioprofessionnelle auprès de personnes qui vivent ou ont vécu avec une problématique de santé mentale, j'ai un vif intérêt pour cette réalité qui prend de plus en plus de place dans notre vie quotidienne. Qui n'a pas déjà connu un ami, une collègue ou un membre de sa famille en arrêt de travail à cause d'un trouble de santé mentale? Que ce dernier soit grave et persistant ou passager et léger, peu importe, les auteurs nous font bien saisir de quelle manière la stigmatisation, les représentations sociales négatives et les préjugés qui y sont associés peuvent être porteurs de conséquences et parfois plus souffrants que les symptômes mêmes de la maladie.

Dès le début du livre, on nous présente un parallèle entre les soldats morts ou dégradés physiquement, considérés comme des héros lors de la Première Guerre mondiale, et ceux atteints psychiquement, oubliés, dénigrés ou vus comme des simulateurs de leur condition. C'est sensiblement dans cette trame d'écart de traitement et de reconnaissance entre les blessés physiques et psychiques, de disqualification personnelle ou professionnelle ainsi que de mise au rancart de personnes ayant fait leurs preuves bien avant la blessure et comptant souvent de nombreuses années de loyaux services que nous évoluons dans cet ouvrage. Dans le cadre de mes fonctions, je vois trop souvent malheureusement les travailleurs contraints à un arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale vivre sensiblement en 2016 la même chose que les soldats psychiquement touchés.



Au cours de la lecture de *Stigmatisation*, nous apprenons que les troubles mentaux courants sont en très forte croissance dans le milieu du travail et qu'ils contribuent grandement au taux d'absence consécutive à une maladie. À partir de nombreux témoignages, les auteurs nous permettent de saisir les difficultés vécues par les travailleurs avant ou pendant leur arrêt de travail et plus particulièrement lors de leur retour à l'emploi. Force est de constater que les préjugés et les représentations négatives de l'arrêt de travail causé par un trouble psychique conduisent certains travailleurs à consulter un professionnel lorsque leur état de santé est déjà bien détérioré. Ce qui peut évidemment avoir un effet sur leur rétablissement.

Les personnes vivant avec une problématique de santé mentale et qui doivent cesser temporairement leurs activités

professionnelles vont souvent éprouver de la culpabilité. Elles ont tendance à se juger très sévèrement, à s'autostigmatiser et à douter d'elles-mêmes. Certains individus croient que le rétablissement doit être effectif pour que la réintégration à l'emploi se fasse. Pour ma part et comme divers passages de ce volume en témoignent, le travail devient plutôt un excellent levier de rétablissement qui permet l'actualisation des compétences, des capacités et des qualités du travailleur.

Dans la seconde partie du livre – les médias de masse –, on comprend bien que l'image projetée par les médias à propos de la santé mentale est principalement axée sur la violence et la notion de dangerosité, ce qui alimente les préjugés et les

représentations sociales négatives. Bien que plusieurs personnes sachent que cette information est erronée, l'imaginaire social pèse souvent beaucoup plus que les faits.

Chaque chapitre du volume contenant de multiples données, concepts et témoignages fort intéressants, il m'est impossible finalement de résumer fidèlement et en si peu de mots tous les renseignements fournis. Toutefois, bien des jours après ma lecture, je garde un profond sentiment d'admiration pour ces héros qui, même discrédités ou disqualifiés, se sont souvent relevés seuls devant cette « épreuve personnelle redoutable » (Dorvil et coll. 2015) et n'ont pas laissé rumeurs ou représentations négatives détruire leur intégrité et leur humanité.

## Pour en savoir davantage...

### Ressources et références en lien avec la diversité culturelle et la santé mentale

#### GÉNÉRAL

- ▶ **Association canadienne pour la santé mentale** – Montréal : Activités de formation et calendrier de conférences en lien avec le multiculturalisme, [En ligne], [<http://acsmmontreal.qc.ca/category/rerelations-interculturelles/>], dont un *Guide des relations interculturelles en santé mentale*, guide de référence, de soutien et de prévention destiné aux intervenants, spécialisés ou non en santé mentale, travaillant auprès des personnes issues de l'immigration, [En ligne], [[http://acsmmontreal.qc.ca/decouvrez-le-guide-des-relations-interculturelles/](http://acsmmontreal.qc.ca/decouvrez-le-guide-des-rerelations-interculturelles/)].
- ▶ **Centre de recherche SHERPA du CIUSSS du CODIM** : Activités de formation de base en intervention interculturelle, [En ligne], [<http://www.sherpa-recherche.com/fr/formation/formation-en-interculturel/>].
- ▶ **CSSS de la Montagne** : Guide d'intervention clinique traitant de l'adaptation des pratiques cliniques en contexte de diversité culturelle, [En ligne], [[https://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss\\_dlm/Publications/guide\\_diversite\\_culturelle.pdf](https://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/guide_diversite_culturelle.pdf)].
- ▶ **Ressources générales pour les immigrants à travers le Québec** : [En ligne], [<https://services.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/partenaires/services-offerts.php>].

#### MONTRÉAL

- ▶ **Clinique de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon** : [En ligne], [<https://www.cssscoeurdelile.ca/soins-et-services/pour-tous/sante-mentale/clinique-de-psychiatrie-transculturelle/>].
- ▶ **Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont** : [En ligne], [<http://www.maisonneuve-rosemont.org/pages/H/DepartementsEtServices/Cliniquesexternespediatriques.aspx?lang=FR-CA>].
- ▶ **Interprète médiateur culturel** : Banque interrégionale des interprètes, regroupe des professionnels pouvant traduire une cinquantaine de langues, dessert Montréal, Laval et la Montérégie, [En ligne], [<https://www.santemontreal.qc.ca/en/professionnels/outils-et-services/banque-regionale-dinterpretes/>].

#### PREMIÈRES NATIONS

- ▶ **Agence de la santé publique du Canada (ASPC)**. (2006). *Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada*, [En ligne], [<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/15-fra.php>].
- ▶ **Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations** : [En ligne], [[http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/\\_mental/2014-sum-rpt-continuum/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_mental/2014-sum-rpt-continuum/index-fra.php)].
- ▶ **Centres d'amitié autochtones au Québec** : [En ligne], [[www.rcaa.qc.ca](http://www.rcaa.qc.ca)].
- ▶ **Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada** : [En ligne], [<http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=891>].

#### QUÉBEC

- ▶ **Mieux-être des immigrants (MEI)** suggère d'autres liens : [En ligne], [<http://meiquebec.org/des-liens-utiles.html>].
- ▶ **Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes** : [En ligne], [<http://www.saaiquebec.com/fr/accueil.php>].
- ▶ **Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR)** : Service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval spécialisé en ethnopsychiatrie, [En ligne], [<https://www.scep.ulaval.ca/cms/site/scep>].

#### SUGGESTION DE LECTURE

- ▶ Livre « **Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux.** » [En ligne], [<https://www.pulaval.com/produit/ethique-de-l-alterite-la-question-de-la-culture-dans-le-champ-de-la-sante-et-des-services-sociaux>].



# À surveiller cet hiver... « À livres ouverts »

ORGANISÉ PAR L'AQRP  
EN COLLABORATION AVEC



ASSOCIATION  
DES BIBLIOTHÈQUES  
PUBLIQUES DU QUÉBEC

## Projet national de lutte contre la stigmatisation en santé mentale<sup>1</sup>

OÙ?  
Dans plus d'une dizaine  
de villes au Québec!

**MONTRÉAL?**

**QUÉBEC?**

**GATINEAU?**

**RIMOUSKI?**

**VOTRE VILLE?**

Projet visant à offrir aux Québécois-es des activités de sensibilisation qui utilisent la stratégie de contact pour lutter contre la stigmatisation, instruire, donner de l'espoir et créer des liens dans nos communautés et ce, dans le confort de nos bibliothèques publiques.

<sup>1</sup> Inspiré de la Bibliothèque vivante<sup>MD</sup>



Intéressé(e) à vous impliquer dans  
le projet, au plan national ou local?

Contactez Laurence Caron à  
[lmcaron@aqrp-sm.org](mailto:lmcaron@aqrp-sm.org)

Ne manquez pas le prochain numéro  
**le partenaire**

vol. 25, no 2

Adhésion :

<http://aqrp-sm.org/membre>

Abonnement :

<http://aqrp-sm.org/lepartenaire>

Joignez-vous sur  et  AQRP\_SM!

Sur la thématique

**La valeur ajoutée de l'évaluation  
et de la mesure en santé mentale**

