



Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés

Enjeux et options pour l'amélioration des services

La langue et la culture jouent un rôle important dans la prestation de services en santé mentale.

Par exemple, si je consulte un prestataire de services qui ne parle pas ma langue et ne connaît pas ma culture, je ne serai pas capable de lui expliquer mon problème comme je le veux et, même s'il me comprend, il ne pourra tout de même pas me fournir un traitement adapté à ma culture, ce qui est très important.

— Participant à une séance de réflexion

Groupe de travail sur la diversité de la CSMC

Chercheurs : Kwame McKenzie (chercheur principal), Emily Hansson (coordonnatrice de la recherche), Andrew Tuck (analyste de recherche), Janice Lam et Fatimah Jackson (assistantes à la recherche).

Groupe de travail : Howard Chodos, Kwasi Kafele, Laurence Kirmayer, Brenda Leung (agente de recherche associée), Ted Lo, Steve Lurie, Gillian Mulvale, Sri Pendakur, Adriana Reina, Aseefa Sarang, Miriam Stewart et Robert Wright.

Nous souhaitons remercier tous ceux qui ont participé aux consultations en personne et en ligne, ainsi que ceux qui les ont organisées, pour leur inestimable contribution. Nous remercions également les personnes qui ont contribué aux séances de réflexion des groupes d'usagers, notamment les représentants d'Across Boundaries et de la section de Toronto de l'Association canadienne pour la santé mentale qui ont organisé et animé ces séances, de même que les participants. Merci aussi aux personnes qui ont formulé des commentaires sur le rapport. Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui ont fourni une rétroaction, notamment les membres du groupe de travail sur la diversité pour leurs efforts constants.

Nous remercions sincèrement la Commission de la santé mentale du Canada et le Centre de toxicomanie et de santé mentale de leur soutien.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	6
Modèle de service	7
Quels groupes ont été pris en considération dans le cadre du projet?	8
Plan du rapport	9
Partie 1 : Démographie, définitions et cheminement vers les soins	10
Démographie	10
Santé mentale des groupes IRER	12
Un modèle de l'apparition des troubles mentaux et de l'obtention de soins	13
Partie 2 : Études sur la santé mentale ainsi que les maladies et troubles mentaux des groupes IRER.....	15
Études canadiennes.....	15
a. Facteurs sociaux et troubles mentaux	16
Facteurs sociaux propres aux groupes IRER.....	19
b. Taux de maladies mentales.....	22
c. Obstacles au traitement et éléments qui le facilitent.....	23
Partie 3 : Trouver une solution aux problèmes	29
Mesures prises par les provinces et les territoires.....	29
Intervention du gouvernement fédéral – <i>Puis... La porte s'est ouverte</i>	29
Rapport sénatorial – <i>De l'ombre à la lumière</i>	30
Partie 4 : Modèle recommandé pour l'amélioration des services.....	32
Coordination des politiques, des connaissances et des responsabilités	34
Participation des communautés, des familles et des usagers	35
Des services améliorés et plus appropriés	36
Conclusion	39
Recommandations pour l'amélioration des services	40
Annexe A : Recommandations du rapport <i>Puis... La porte s'est ouverte</i>	45
Annexe B : Renvois vers les options ou recommandations et les objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale liés aux enjeux	53
Annexe C : Objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale	55
Bibliographie	56

Résumé

L'amélioration des services et des résultats pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés (désignés ci-après les groupes IREER) est une difficulté courante pour les systèmes de santé mentale des pays à revenu élevé. Le Comité consultatif sur les systèmes de services de la Commission de la santé mentale a mis sur pied un projet visant à examiner les enjeux et les options relatives à l'amélioration des services destinés aux groupes IREER et à présenter un rapport à la Commission. L'objectif était de l'aider dans ses délibérations sur la façon dont les objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale pourraient être atteints.

Le plan d'amélioration des services exposé dans le présent rapport est le résultat d'une série d'enquêtes et de consultations dans différents secteurs. Une analyse des données provenant du Recensement de 2006 a été utilisée pour produire une image statistique des groupes IREER du Canada, puis un examen de la documentation a été réalisé. Les données provenant de ces deux sources et l'expérience d'un groupe directeur composé d'experts en santé multiculturelle de partout au Canada ont contribué à la rédaction d'un document provisoire énonçant les enjeux et les options relatives à l'amélioration des services pour les groupes IREER. Une consultation en ligne a été effectuée sur le document provisoire, des copies papier de celui-ci ont été envoyées aux planificateurs des services de santé du gouvernement fédéral, des provinces, des territoires, des régions et des différents comités de la CSMC, et des séances de réflexion et de consultation ont été organisées dans sept centres du pays, de Vancouver à Halifax. Une fois que tous les résultats ont été examinés, des groupes de réflexion composés de personnes ayant une expérience personnelle ont été créés pour vérifier si les objectifs avaient été respectés et si les recommandations étaient toujours en accord avec leurs aspirations. Enfin, une réunion de concertation nationale a été organisée en mai 2009 pour l'examen des conclusions et des recommandations.

Le plan n'est pas un protocole d'amélioration des services, mais un aperçu des enjeux que les décideurs, les planificateurs des services de santé et les prestataires de services de partout au Canada voudront peut-être examiner avant d'adopter des stratégies visant l'amélioration des services en santé mentale destinés aux groupes IREER.

Enjeux

Les données du recensement donnent un aperçu de la diversité du Canada. Chaque province, territoire ou région compte une population IREER, et ces populations croissent à des rythmes différents. Les défis démographiques varient d'une région à l'autre : certaines régions comptent une importante population IREER ayant besoin de services, et d'autres, une faible population qui augmente rapidement. Au sein des groupes IREER, la diversité est importante, et certains enjeux qui se recoupent, comme le vieillissement, les jeunes, l'orientation sexuelle et les enjeux propres à chacun des sexes, ajoutent à la complexité des besoins lorsqu'on songe à améliorer les services. Par exemple, plus de 200 langues différentes sont parlées au Canada, et la langue maternelle de 20 % des Canadiens n'est ni le français ni l'anglais. Il est particulièrement difficile de répondre à ce besoin.

Au Canada, la documentation universitaire et de la littérature grise ayant trait à la santé mentale des groupes IREER sont de plus en plus abondantes. Ces travaux portent principalement sur les trois aspects suivants : les déterminants sociaux, le taux de maladies mentales ainsi que les obstacles aux soins et les éléments qui les facilitent. Quelques études nationales ont été réalisées, mais elles ne sont pas suffisamment détaillées pour servir de base à l'amélioration des services. Les recherches ont principalement été menées en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec. La plupart des provinces, des territoires et des régions ne disposent pas de données probantes locales pouvant être utilisées pour l'élaboration de services.

En général, les travaux tendent à indiquer que les groupes IREER sont davantage exposés aux déterminants sociaux connus qui favorisent les maladies et troubles mentaux, de même qu'aux nouveaux déterminants sociaux que sont la migration, la discrimination et les difficultés

linguistiques. Les études nationales révèlent des taux moins élevés de maladies et de troubles mentaux au sein des groupes d'immigrants, mais un grand nombre d'études locales approfondies signalent des taux accrus de maladies et de troubles mentaux au sein de groupes précis dans certaines régions. Les taux de maladies mentales diffèrent au sein des groupes IRRER. Les travaux sur les obstacles aux soins, notamment la stigmatisation, la connaissance des services et les difficultés linguistiques, indiquent que ces éléments retardent l'accès au traitement. Cependant, plusieurs études indiquent que des facteurs comme l'alphabétisation, la confiance à l'égard des services, la compétence culturelle et la promotion ciblée de la santé facilitent le cheminement vers les soins.

Il existe peu de mesures nationales à l'égard de ces enjeux. Les besoins des nouveaux immigrants et réfugiés ont été pris en compte dans une certaine mesure, mais cela n'a pas entraîné une amélioration marquée des services. Les besoins en santé mentale des groupes ethnoculturels ou racialisés n'ont pas été pris en compte de la même façon.

Enjeux et options : une stratégie d'amélioration des services

Les recommandations en matière d'amélioration des services qui sont présentées dans le présent document s'appuient fermement sur les sept objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale. Celle-ci sera fondée sur le principe d'une approche de santé publique visant l'amélioration de la santé mentale et du bien-être et sur la mise en place de meilleurs services et formes de soutien pour les personnes des différents groupes d'âge vivant avec une maladie mentale ou des troubles mentaux. Pour la population adulte, les services et le soutien s'appuient sur un modèle de rétablissement. Pour les enfants et les jeunes, les services et le soutien visent les différentes étapes du développement dans le but d'optimiser la santé mentale avant l'âge adulte. Pour les aînés, la priorité est de favoriser le plus possible la qualité de vie et la dignité pendant la vieillesse.

Le présent document sur les enjeux et les options est fondé sur l'idée qu'il faudra prendre des mesures en matière de services destinés au grand public et accroître la diversité des services et des prestataires de soins pour répondre aux difficultés auxquelles se heurtent les groupes IRRER. Tous les services devront être en mesure d'offrir des soins équitables à la population diversifiée du Canada.

Le plan visant la réalisation de la vision des services améliorés pour les groupes IRRER compte trois mesures interdépendantes :

- 1) une meilleure coordination des politiques, des connaissances et des responsabilités;
- 2) la participation des communautés, des familles et des personnes ayant une expérience de la maladie mentale;
- 3) des services améliorés et plus appropriés.

La première mesure, soit une meilleure coordination des politiques, des connaissances et de la responsabilisation, met en évidence le besoin d'établir des plans écrits précis pour améliorer la santé mentale des groupes IRRER. Si ces plans sont coordonnés entre les divers ordres de gouvernement et les différents secteurs, ils seront plus efficaces. Ils nécessiteront des flux de données, et les initiatives devront être évaluées. La mise en place de services flexibles axés sur la population permettrait de regrouper un grand nombre de ces mesures. Les provinces, les territoires et les régions prépareraient un plan pour adapter l'amélioration des services à leurs impératifs démographiques. Le plan serait axé sur l'amélioration des politiques et sur les interventions en santé mentale visant la promotion de la santé et la prévention des maladies, de même que les mesures visant l'amélioration des services. La portée exacte du plan dépendrait des besoins de la population et, bien sûr, des ressources disponibles.

La participation des communautés, des familles et des personnes ayant une expérience de la santé mentale est essentielle. Faire participer les groupes IRRER locaux au processus de planification favorisera la mise en place de services plus appropriés et permettra d'établir des liens avec les services communautaires, de réduire les chevauchements et d'accroître la

diversité. Le processus de planification comportera aussi une fonction de participation de la communauté et d'échange des connaissances qui pourrait renforcer la capacité et les réseaux, améliorer la connaissance des services et l'accès aux soins.

La mise en œuvre du plan, le flux de données et la participation de la communauté favoriseraient la collaboration entre les services et le perfectionnement interne. Cinq groupes de mesures sont requis pour améliorer les services en santé mentale destinés aux groupes IRER :

- 1) changement d'orientation – accent accru sur la prévention et la promotion;
- 2) amélioration au sein des services – compétence culturelle des organisations et des personnes;
- 3) diversité accrue des traitements – diversité des prestataires, évaluation des possibilités de traitement;
- 4) compétences linguistiques – plans de communication améliorés et mesures visant à répondre aux besoins variés du Canada;
- 5) besoins liés à l'expertise – plans visant à offrir le soutien de personnes et de services ayant une expertise dans les régions comptant une faible population IRER, afin qu'elles puissent offrir des soins de grande qualité.

Le présent document d'étude comprend 16 recommandations visant l'amélioration des services de même que quelques exemples de façons dont ces idées sont mises en œuvre dans diverses régions du Canada. Ces recommandations ne sont pas exhaustives ni normatives. Elles présentent un aperçu des enjeux auxquels les planificateurs devront faire face dans l'avenir.

Des îlots de bonnes pratiques existent un peu partout au Canada, mais jusqu'à maintenant, aucune région, selon les répondants, n'offre des services qui répondent aux besoins en santé mentale de leur population IRER.

Introduction

L'amélioration des services destinés aux immigrants, aux réfugiés et aux groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) ainsi que celles des résultats cliniques de ces groupes constituent une difficulté courante pour les systèmes de santé mentale des pays à revenu élevé. Des taux accrus de maladies, un accès réduit aux soins, de faibles résultats en matière de soins et une insatisfaction à l'égard des services ont été signalés pour ces groupes au Canada et ailleurs dans le monde. La population du Canada se diversifie de plus en plus chaque année parce que l'immigration est la force motrice de la croissance de la population. La taille de la population, le taux de croissance et les enjeux précis peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre, mais toutes les administrations devront relever le défi de fournir des services en santé mentale à leur population multiculturelle et élaborer des stratégies de promotion de la santé qui améliorent l'état de santé des groupes IRER.

Le Comité consultatif sur les systèmes de services de la Commission de la santé mentale a mis sur pied un projet visant à examiner des enjeux et des options d'amélioration des services pour les groupes IRER et à présenter un rapport à la Commission. L'objectif est d'aider le Comité dans ses délibérations sur la façon dont les objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale, en cours d'élaboration, pourraient être atteints.

Les stratégies présentées dans le présent document sont le résultat de plusieurs enquêtes et consultations dans divers secteurs. Une analyse de données provenant du Recensement de 2006 et d'autres données provenant des provinces a été utilisée pour produire une image statistique des groupes IRER du Canada. Un examen des articles publiés a été réalisé avec l'aide d'un bibliothécaire spécialisé en santé mentale. Ces deux sources d'information ainsi que l'expérience et la connaissance d'un groupe directeur d'experts en santé multiculturelle de différentes régions du Canada ont été utilisées pour la rédaction d'un document présentant les

enjeux et quelques-unes des options pour améliorer les services destinés aux groupes IRER. La consultation sur le présent document a pris plusieurs formes. Le document a d'abord été affiché sur le site Web de la CSMC et sur celui du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Un outil Survey Monkey a été mis au point pour que le public puisse donner son opinion sur le document, et plus particulièrement sur les options pour améliorer les services. Les publications en ligne ont été largement annoncées lors de présentations en personne, par l'entremise du réseau du Comité consultatif sur les systèmes de services, des réseaux du groupe directeur et d'autres réseaux professionnels. Le document a ensuite été envoyé aux organismes provinciaux, territoriaux et municipaux responsables de la santé, ainsi qu'aux services du gouvernement fédéral du secteur de la santé en général et à ceux chargés de l'établissement et du bien-être des immigrants et des réfugiés. Le document a aussi été envoyé à différents organismes consultatifs de la Commission de la santé mentale du Canada. Des séances de réflexion en personne rassemblant des professionnels, des prestataires de services, ainsi que des représentants d'organismes communautaires et de services d'établissement et d'éducation ont été organisées dans sept centres du Canada. La rétroaction des consultations en personne et en ligne a été intégrée au document. Comme les personnes ayant une expérience de la maladie mentale ou de troubles mentaux étaient sous-représentées dans les groupes de réflexion, d'autres groupes ont été créés spécialement pour ce segment de la population, et les résultats ont été intégrés au document. Enfin, 35 personnes d'horizons divers de partout au Canada, y compris quelques participants aux séances de réflexion et des représentants d'organismes mentionnés dans les recommandations du document, ont été invitées à une réunion de concertation d'une journée à Toronto dans le but d'examiner la version quasi définitive du document. Les résultats de cette réunion ont été communiqués au comité de la CSMC et aux membres du comité consultatif. Leurs opinions ont été ajoutées au document, et la version définitive a ensuite été envoyée au groupe directeur et au Comité consultatif sur les systèmes de services pour examen et approbation.

Les stratégies d'amélioration des services énoncés dans le rapport définitif constituent donc une tentative de fusionner les données ainsi que les points de vue d'un groupe diversifié de personnes ayant un intérêt pour ces enjeux et ceux d'organismes de gouvernance de partout au Canada. Il ne s'agit pas d'un protocole d'amélioration des services, mais d'un aperçu des enjeux que les décideurs, les planificateurs des services de santé et les prestataires de services voudront peut-être examiner avant de procéder à l'amélioration des services en santé mentale destinés aux groupes IRER. Cet aperçu est suivi de recommandations pour l'amélioration des services de même que de quelques exemples de la façon dont ces idées sont actuellement mises en œuvre dans diverses régions du Canadaⁱ.

Modèle de service

Les recommandations en matière d'amélioration des services qui sont présentées dans le présent document s'appuient fermement sur les objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale. Celle-ci sera fondée sur le principe selon lequel tous peuvent profiter d'une amélioration de la santé mentale et du bien-être et tiendra compte du fait que les personnes vivant avec une maladie mentale ou des troubles mentaux ont besoin de soutien et de services spéciaux. Il faudra notamment aider les adultes à se rétablir, les enfants et les jeunes à optimiser leur bien-être mental aux différentes étapes de leur développement et les aînés à optimiser leur qualité de vie et leur dignité pendant la vieillesse. Il faudra également faire en sorte que toutes les personnes vivant au Canada soient en meilleure santé.

La Commission croit fermement que la priorité au rétablissement, ce qui comprend l'espoir, l'autonomisation, les choix et la responsabilité, doit être au cœur de la transformation du système

ⁱ Tout au long du rapport, des encadrés gris mettent en évidence certains des principaux enjeux de chaque section. Pour chacun des enjeux, un chiffre indique la recommandation correspondante. Seize recommandations d'amélioration des services sont présentées à la fin du document.

de santé mentale du Canada. L'objectif sera de s'assurer que les personnes de tous âges vivant avec une maladie mentale ou des troubles mentaux sont traitées avec la même dignité et le même respect que leurs concitoyens et peuvent vivre pleinement leur vie et s'épanouir dans la communauté, sans être victimes de discrimination.

Cependant, pour être complète, la Stratégie devra aussi chercher des façons de prévenir la maladie mentale avant tout et d'améliorer la santé mentale de toute la population. À cet égard, les défis sont nombreux, mais les avantages potentiels sont énormes. La promotion de la santé mentale et la prévention des maladies peuvent toutes deux améliorer la santé mentale et le bien-être en général de la population tout en contribuant à réduire les répercussions personnelles, sociales et économiques des maladies et troubles mentaux¹.

Le présent document sur les enjeux et les options est fondé sur l'idée qu'il faudra prendre des mesures en matière de services généraux pour répondre aux difficultés auxquelles se heurtent les groupes IRER. Ces mesures devraient tenir compte de la grande diversité qui existe au sein de ces groupes. Elles devraient aussi prendre en considération le fait que nous devons viser une situation où les prestataires de service travaillent avec les groupes et les communautés dans le but d'améliorer la santé mentale et où des services permettant d'offrir un traitement équitable à la population diversifiée du Canada constituent un élément essentiel du système de santé. Conformément à la Stratégie nationale en matière de santé mentale, la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie sont considérées comme étant aussi importantes que l'amélioration des services.

Quels groupes ont été pris en considération dans le cadre du projet?

La population du Canada est la plus diversifiée au monde. Pour la présente étude, nous n'avons pas essayé de nous intéresser à tous les groupes. Celle-ci s'est limitée à l'évaluation des besoins et des services en santé mentale des immigrants, des réfugiés et des groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER). Il n'existe pas de terme regroupant toutes ces catégories, alors nous utilisons l'acronyme. Les groupes IRER du Canada sont eux-mêmes diversifiés et composés de populations différentes ayant une histoire, une culture, une réalité sociale et des besoins différents. Ils ont quelques expériences communes, comme les questions de statut au sein de la société et les difficultés d'accès aux services et relatives à l'utilisation de ceux-ci, mais la diversité est importante et marquée. La diversité au sein des groupes concerne notamment les différences relatives à la culture et au patrimoine national, de même que la place dans la société en fonction du sexe, de l'orientation sexuelle et des capacités physiques. Nous comprenons que, dans tous les énoncés où un groupe est examiné en tant que communauté, il y aura des groupes et des personnes en particulier auxquels l'énoncé ne s'appliquera pas. Cependant, tous les groupes IRER ont une caractéristique en commun : ils sont en moyenne plus jeunes que les autres groupes de la population du Canada.

Les difficultés auxquelles se heurtent les réfugiés ne sont pas les mêmes que celles des nouveaux immigrants, et dans une certaine mesure, celles-ci sont différentes de celles auxquelles doivent faire face les groupes ethnoculturels et les groupes racialisés qui vivent au Canada depuis un certain temps. Nous avons essayé d'en tenir compte dans le texte lorsque des données de recherche étaient disponibles.

Le présent rapport fait mention de la diversité au sein de diverses populations, mais ne fournit pas de recommandations concernant l'amélioration des services offerts spécialement aux lesbiennes, gais, bisexuels, transsexuels, transgenres, bispituel, intersexuels et allosexuels et personnes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle ou qui sont offerts selon les groupes d'âge ou en fonction du sexe. Certains de ces groupes sont marginalisés au sein de groupes déjà marginaux, et l'analyse peut indiquer que ceux-ci présentent un risque beaucoup plus élevé d'être touché par une maladie mentale ou un trouble mental et que les services doivent être améliorés.

Le rapport offre un cadre pour l'examen des enjeux ainsi que pour l'élaboration et la mise en œuvre de l'amélioration des services en santé mentale destiné aux groupes IRER en général. Cependant, nous reconnaissons que la diversité au sein de ce groupe pourrait exiger des stratégies ciblées supplémentaires visant à promouvoir l'équité en santé pour certaines populations, notamment les enfants, les aînés, les réfugiés et le groupe des lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, transgenres, bispirituels, intersexuels, allosexuels et personnes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle. Il sera important, dans le cadre de travaux futurs de la CSMC, d'accorder davantage d'attention à ces groupes.

Plan du rapport

Enjeux

Partie 1

Démographie des populations diversifiées du Canada, définitions des termes et analyse du modèle utilisé pour examiner (i) l'apparition de maladies et de troubles mentaux et (ii) le cheminement vers les soins.

Partie 2

Synthèse de la recherche sur les maladies et les troubles mentaux des groupes IRER fondée sur la documentation canadienne.

Partie 3

Aperçu des documents d'orientation nationale antérieurs sur l'amélioration des services en santé mentale du Canada destinés aux groupes IRER.

Options

Partie 4

Stratégie d'amélioration des services, recommandations et exemples d'initiatives de partout au Canada.

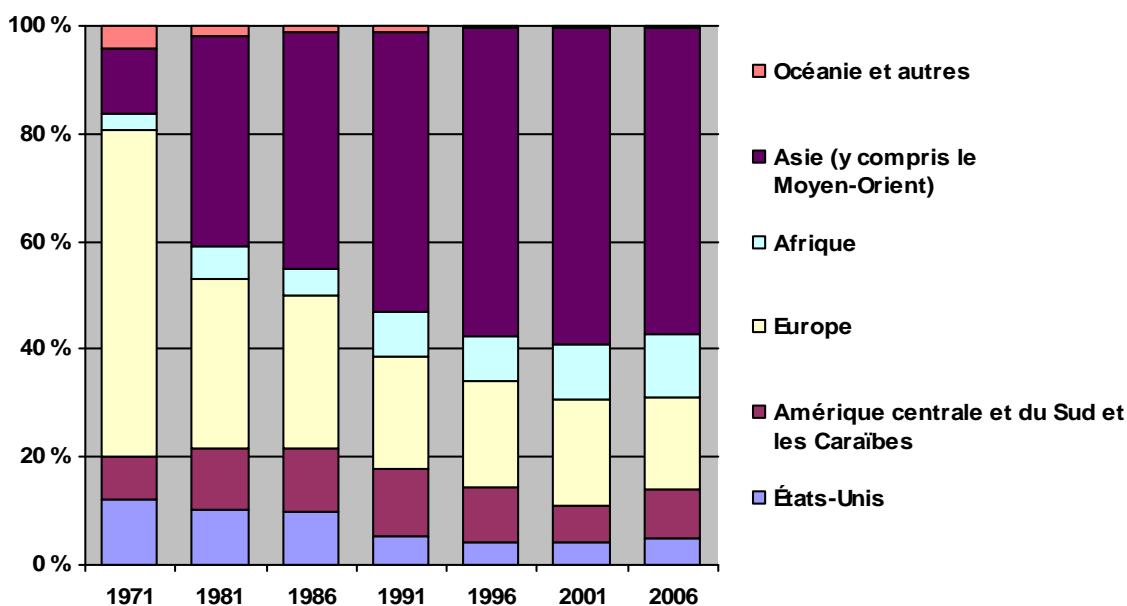
Partie 1 : Démographie, définitions et cheminement vers les soins

Démographie

Le Canada est l'un des pays les plus diversifiés au monde. Près de 20 % de la population est née dans un autre pays, et des centaines de milliers de nouveaux immigrants arrivent chaque année². Dans certaines parties du pays, les minorités visiblesⁱⁱ comptent pour plus de 40 % de la population. La prospérité économique future du Canada dépendra en partie de la croissance de la population, et actuellement, le principal moteur de la croissance de la population du Canada est l'immigration. Pour cette raison, les immigrants constituent une ressource nationale importante.

Jusque dans les années 1960, l'immigration au Canada provenait principalement de l'Europe. Cette réalité a changé, et aujourd'hui, les immigrants arrivent principalement des pays de l'Asie du Sud et de l'Est. Au fur et à mesure qu'elle croît, la population du Canada devient plus diversifiée. En raison des nouveaux arrivants, la diversité fait la manchette, mais la majorité des personnes qui s'identifient à des groupes minoritaires sont des citoyens canadiens. Certains sont au Canada depuis des siècles, mais la majeure partie d'entre eux sont des Canadiens de première ou de deuxième génération³.

Région de naissance des nouveaux immigrants* du Canada, de 1971 à 2006³



* Le terme « nouveaux immigrants » désigne les personnes qui sont arrivées au Canada pendant la période de cinq ans qui sépare les recensements.

Les populations IRER du Canada vivent principalement dans les grandes villes ou dans les environs, mais le pays compte d'importantes populations rurales. Chaque province et territoire du

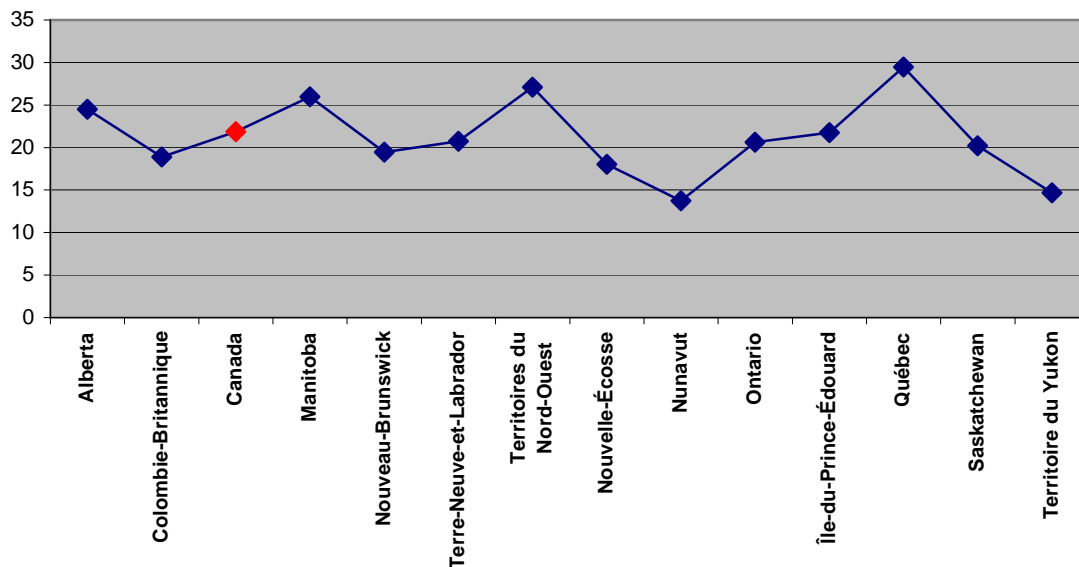
ⁱⁱ Le terme « minorité visible » est utilisé dans le recensement canadien et englobe les personnes qui ne sont ni autochtones, ni de race blanche.

Canada compte une population IREER. Ces populations sont de tailles différentes, croissent à des rythmes différents et leur principal pays d'origine diffère. Dans certaines provinces et territoires, la population IREER est petite, mais dans d'autres, elle représente jusqu'au quart de toutes les personnes qui y vivent.

Par exemple, la Nouvelle-Écosse compte une faible population d'immigrants, mais les populations de plusieurs provinces et territoires croissent rapidement. Des villes comme Montréal, Toronto et Vancouver comptent d'importantes populations IREER qui s'établissaient auparavant dans le noyau urbain, mais qui s'établissent maintenant de plus en plus dans les banlieues. C'est certainement le cas de Toronto et de Vancouver, où de plus en plus d'immigrants s'installent en périphérie.

Comme le montre le graphique ci-dessous, de 2001 à 2006, la population immigrante des provinces et territoires canadiens s'est accrue de 14 à 30 %, le Québec présentant l'augmentation la plus importante⁴. Cependant, en chiffres réels, l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec comptent toujours les populations immigrantes les plus importantes.

Croissance de la population immigrante (en pourcentage) entre 2001 et 2006



Ces différentes tendances de la croissance des groupes IREER dans les diverses régions du pays constituent une difficulté pour toute stratégie en matière de santé mentale. Une telle stratégie doit être suffisamment flexible pour être utile dans les régions qui comptent des populations stables de même que dans celles où les populations augmentent rapidement. Elle doit permettre de relever le défi des régions plus peuplées tout en répondant aux besoins des régions où les groupes IREER représentent une petite partie des résidents.

Enjeux

1. La population du Canada est de plus en plus diversifiée.
2. L'ensemble des provinces et des territoires connaîtront des changements démographiques au sein de leurs populations IREER qui pourraient exiger des mesures en matière de services en santé mentale. (*Recommandations 1 et 2*)

3. Les défis démographiques seront différents d'une région à l'autre, car certaines régions comptent une importante population IRR ayant besoin de services, d'autres ont de petites populations et d'autres encore ont des populations qui augmentent très rapidement. (Recommandation 2)

Santé mentale des groupes IRR

Pour bien examiner la santé mentale ainsi que les maladies et les troubles mentaux au sein des groupes IRR, nous devons définir les termes utilisés et disposer d'un modèle décrivant l'apparition des maladies et des troubles mentaux et la façon dont les personnes se font traiter.

Définitions

Santé mentale : L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé mentale comme un « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Des facteurs individuels, psychologiques et sociaux sont reconnus pour influencer sur la capacité de chacun à jouir de la meilleure santé mentale et du meilleur bien-être possible.

Troubles mentaux et maladies mentales : L'expression « troubles mentaux et maladies mentales » renvoie à des types cliniques de comportements et d'émotions associés à un certain degré de détresse, de souffrance ou d'incapacité dans une ou plusieurs sphères de la vie, comme l'école, le travail, les relations sociales et familiales ou la capacité de vivre de façon autonome. Il existe différents types de troubles mentaux et de maladies mentales, comme l'anxiété, la dépression, la schizophrénie et le trouble bipolaire, et ceux-ci sont souvent associés à un diagnostic médical officiel. La plupart des troubles mentaux et des maladies mentales ne sont pas attribuables à une seule cause. Ils semblent plutôt être le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs sociaux, économiques, psychologiques, biologiques et génétiques. Leurs causes et leurs traitements peuvent différer, ce qui fait qu'il est difficile de les étudier comme un seul groupe, mais leur incidence sur les personnes, les familles et la société comporte quelques similitudes.

Bien que d'autres pays, comme le Royaume-Uni et les États-Unis, aient publié un grand nombre de documents sur la santé et la santé mentale des groupes IRR, jusqu'ici la recherche au Canada a été assez limitée, mais elle est maintenant en croissance.

Santé mentale des communautés IRR

Au sein de n'importe quelle population, les personnes peuvent présenter différents niveaux de santé mentale, qu'elles soient ou non atteintes d'une maladie mentale. Par exemple, certaines personnes ont une force de résilience extraordinaire, des relations saines et une attitude positive, alors que d'autres peuvent avoir l'impression que la vie quotidienne est une lutte, qu'ils ont peu de possibilités et d'amis et être plus facilement affectés par les difficultés de la vie.

La santé mentale d'une personne, de sa famille ou d'une communauté dépend de ses ressources et de son histoire, de même que de sa situation sociale. La recette exacte de la santé mentale n'est pas la même pour toutes les personnes ni pour toutes les communautés. Cependant, il est évident que les communautés IRR subissent certaines pressions, notamment la migration et la discrimination raciale, qui, même si elles sont courantes, ne peuvent pas être considérées comme des difficultés normales de la vie. Ces pressions ont des répercussions sur la santé mentale des personnes et peuvent réduire le taux de santé mentale et de bien-être au sein d'une communauté. Pour certains, le fait d'être un immigrant ou un réfugié ou d'appartenir à un groupe ethnoculturel ou racialisé accroît la résilience. Pour d'autres, cela mine leur santé mentale.

Être en bonne santé mentale suppose d'abord un sens de la cohérence qui aide les gens à bien fonctionner malgré les difficultés auxquelles ils se heurtent et d'avoir la résilience nécessaire pour se remettre très vite des échecs. Les données probantes portent à croire que les personnes qui présentent le meilleur état de santé mentale – qu'elles présentent ou non des symptômes de maladie mentale – fonctionnent mieux que celles qui ont une santé mentale moyenne ou fragile.

Le fait d'avoir une bonne santé mentale contribue à protéger les gens contre l'apparition de troubles mentaux et de maladies mentales en plus d'amortir l'incidence des difficultés et des épreuves qui font partie de la vie pour tous.

Cependant, le passage d'un état de santé mentale fragile à l'apparition de troubles mentaux et de maladies mentales ne s'opère pas de façon claire. La bonne santé mentale ne constitue qu'un facteur parmi d'autres pouvant être considéré comme important dans la prévention des troubles mentaux et de la maladie mentale et le rétablissement.

Un modèle de l'apparition des troubles mentaux et de l'obtention de soins

Nous passons la majeure partie de notre vie en équilibre (c.-à-d. sans détresse ni symptôme de troubles mentaux ou de maladie mentale), mais nous pouvons commencer à présenter des troubles mentaux ou des symptômes de maladie mentale et demander de l'aide en raison de circonstances qui surviennent dans notre vie. Les scientifiques ont démontré qu'une partie de notre vulnérabilité est génétique et déterminée biologiquement. Cependant, peu de données indiquent que les facteurs génétiques ou biologiques sont responsables des différences entre les taux de troubles mentaux et de maladies mentales des groupes ethniques. Ces différences sont sans doute attribuables à des facteurs sociaux.

Quand nous nous heurtons à des problèmes, nous pouvons parfois les ignorer. Nous passons temporairement de l'équilibre à la détresse, puis revenons à l'équilibre. Ou nous pouvons nous laisser entraîner sur une voie menant à une maladie ou à un trouble mental lié à cette difficulté particulière.

Le fait que la plupart des gens retrouvent un équilibre après une période de détresse est révélateur d'une résilience interne ou d'autres aspects d'une bonne santé mentale, ou encore de l'aide reçue (que ce soit du soutien de la communauté, d'une communauté religieuse ou spirituelle ou de la famille, ou encore par l'entremise de programmes d'assistance sociale, de médecins de famille et de professionnels de la santé mentale. Le soutien social vise à rétablir notre équilibre psychologique.

Quand notre vulnérabilité, les événements de notre vie et le stress sont plus élevés que notre capacité à les gérer, nous sommes entraînés sur une pente descendante. Mais si nous rassemblons nos ressources, nous remontons la pente vers l'équilibre. Ainsi, le cheminement vers les troubles mentaux et la maladie mentale peut être considéré comme une interaction entre les forces qui favorisent l'équilibre et celles qui favorisent les troubles mentaux et la maladie mentale. Bien sûr, si le stress est grave ou l'événement majeur, il est possible que nous ne suivions pas ce cheminement et que nous passions directement de l'équilibre à une maladie ou à un trouble mental. Les facteurs de risque associés à l'apparition de troubles mentaux et de maladies mentales, comme le chômage ou la migration, peuvent entraîner une augmentation du stress et du nombre d'événements marquants ou une baisse de la résilience et du soutien social.

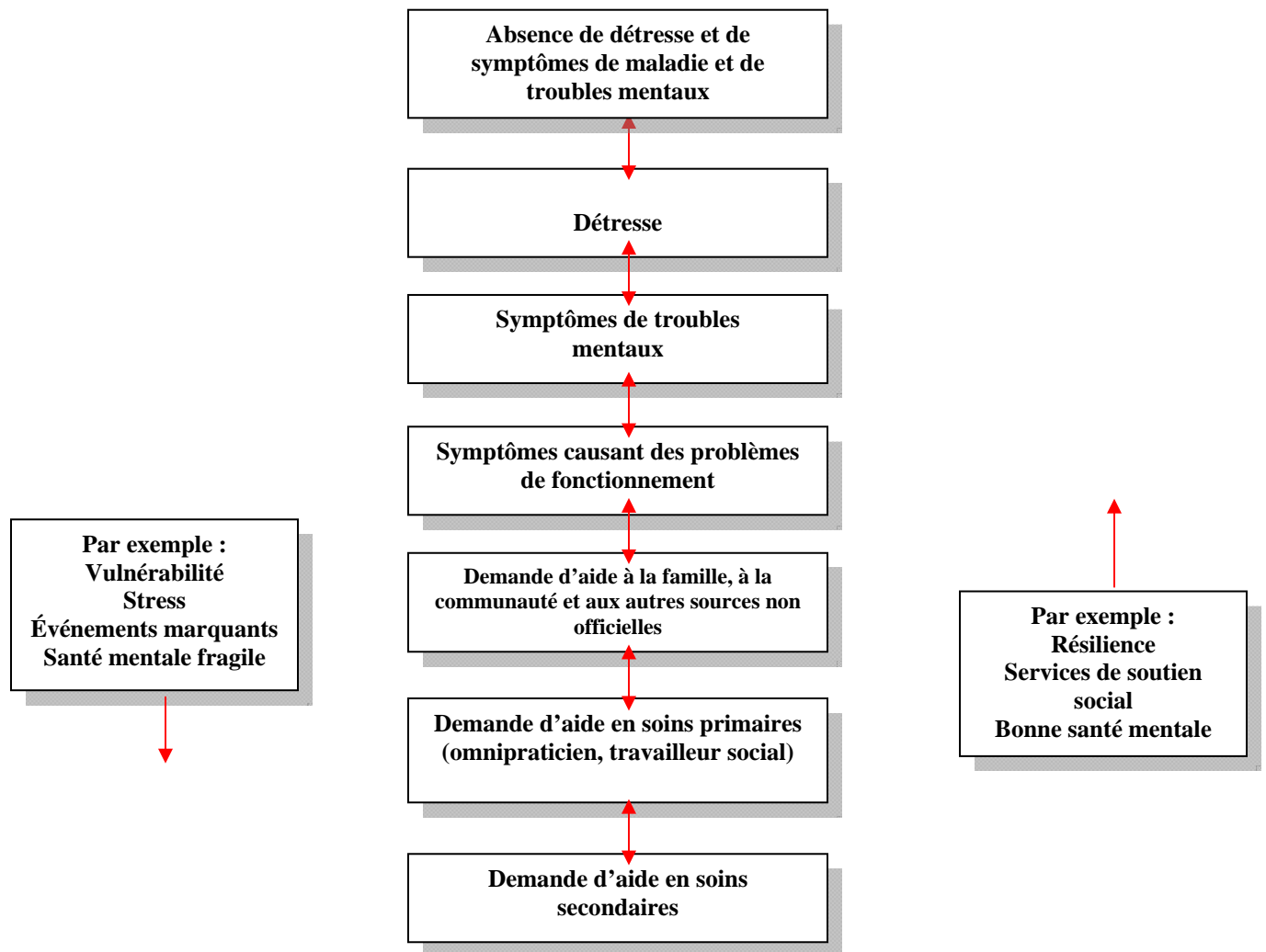
Ce modèle est utile pour examiner la façon dont les personnes en arrivent à avoir une santé mentale fragile, des troubles mentaux ou une maladie mentale, mais aussi pour déterminer ce que nous pouvons faire à cet égard.

Il existe plusieurs types de vulnérabilités, d'événements marquants et de stress sociaux. Les différences entre les groupes IRER en ce qui a trait aux taux de maladies mentales et au risque

de troubles mentaux et de maladies mentales sont liées à l'équilibre entre les facteurs de stress et les ressources dont chaque groupe dispose.

Il convient de souligner que ce cheminement ne reflète qu'une partie de l'existence d'une personne. Il englobe un ensemble de situations qui mènent à l'apparition d'une maladie ou d'un trouble mental en particulier. Il est possible qu'une personne développe une maladie ou un trouble mental en raison de certaines difficultés et vulnérabilités dans un domaine de sa vie, tout en demeurant mentalement saine dans un autre domaine et dans son fonctionnement psychologique.

L'objectif du modèle est de donner un aperçu qui aide à comprendre de quelle façon les changements sur le plan des risques augmentent la probabilité qu'une personne développe une maladie ou un trouble mental et qu'elle ait besoin de soins. Le modèle fournit aussi un cadre pour comprendre les initiatives des secteurs public, privé et bénévole visant à renforcer les communautés IRER qui pourraient favoriser la santé mentale et réduire les taux de maladie et de troubles mentaux.



Graphique 1

Partie 2 : Études sur la santé mentale ainsi que les maladies et troubles mentaux des groupes IRER

Les études menées partout dans le monde signalent des taux accrus de troubles mentaux et de maladies mentales chez les réfugiés, certains groupes de nouveaux immigrants et les groupes racialisés ou ethnoculturels. Par exemple, les meilleures analyses au monde révèlent que les groupes migrants présentent un risque deux fois plus élevé de schizophrénie que les groupes non migrants⁵ et que les taux de détresse psychologique, de troubles de stress post-traumatique et de dépression sont nettement plus élevés chez les réfugiés⁶. Certains des facteurs à l'origine d'un risque accru de maladies et de troubles mentaux sont courants au sein de ces groupes, notamment le chômage, l'insécurité financière, la pauvreté et l'insalubrité du logement. D'autres facteurs, comme le stress vécu avant la migration en raison de la guerre, de la torture et des viols, de même que le stress lié à la migration, auront seulement une incidence sur certains⁷.

Études canadiennes

Au cours des 20 dernières années, de nombreuses études canadiennes ont porté sur la santé mentale ou les maladies et troubles mentaux des groupes IRER. La plupart de ces études ont été menées en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec. Les études portant sur des échantillons nationaux comparent généralement les immigrants aux non-immigrants, alors que les études locales plus petites offrent de l'information plus détaillée au sujet de certains groupes IRER.

Pendant les 20 dernières années, le nombre d'études sur la santé mentale des groupes IRER a augmenté. Cependant, les comparaisons entre le Canada et d'autres pays indiquent clairement qu'il y a encore beaucoup à faire.

Même si les études canadiennes portant spécialement sur les groupes IRER sont de grande qualité, elles traitent seulement de quelques groupes et régions. Certaines régions (en particulier Montréal, Toronto et Vancouver) ont fait l'objet d'études publiées assez approfondies, alors que d'autres, notamment des provinces et des territoires entiers, n'ont fait l'objet d'aucune étude. De plus, les études sur les groupes IRER sont généralement axées sur la population adulte. Il y a de plus en plus d'écrits sur la santé mentale des aînés appartenant aux groupes IRER, mais il faut sans tarder mener d'autres études sur les taux de maladies et de troubles mentaux et offrir des services appropriés aux enfants et aux jeunes. De plus, davantage d'études sont nécessaires sur les groupes présentant des problèmes intersectoriels, comme les groupes IRER à faible revenu et la population des lesbiennes, gais, bisexuels, transsexuels, transgenres, bispirituels, intersexuels, allosexuels et personnes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle.

Il y a peu d'études canadiennes sur les initiatives relatives aux politiques ou aux services qui amélioreraient le cheminement vers les soins en santé mentale, les soins reçus ou les résultats de ceux-ci chez les groupes IRER.

L'inexactitude de certaines données sur les populations et les différences démographiques entre les groupes⁸ compliquent l'évaluation des résultats d'études. De plus, divers groupes IRER sont souvent réunis en une seule population ou par grande région géographique (p. ex. Asie, Afrique ou Europe). Cette méthode générale de catégorisation des groupes n'est peut-être pas suffisamment précise pour permettre la mise en place de services équitables à l'échelle locale. Par exemple, il y a des différences culturelles, religieuses, historiques et linguistiques importantes entre les peuples d'Afrique, et il est possible que celles-ci entraînent des besoins différents en matière de services.

Les études publiées tendent à utiliser des méthodes quantitatives même quand les méthodes qualitatives auraient peut-être permis un meilleur examen des enjeux⁹.

Le présent rapport n'analysera pas tous les résultats d'étude. Il mettra plutôt en évidence les principaux messages et les illustrera à l'aide de documents précis.

De façon générale, la recherche porte sur les éléments suivants :

- a. les facteurs sociaux associés aux troubles mentaux au sein des groupes IRER;
- b. les taux de maladie mentale;
- c. les obstacles au traitement et les éléments qui le facilitent.

a. **Facteurs sociaux et troubles mentaux**

Les facteurs sociaux associés aux troubles mentaux et à la maladie mentale sont souvent appelés « déterminants sociaux », car généralement, ils ne sont pas les causes directes des maladies et des troubles mentaux, mais plutôt des facteurs qui y contribuent. Les troubles mentaux sont rarement causés par un seul facteur; il s'agit plutôt d'un équilibre entre des facteurs qui amènent la personne à suivre, de façon ascendante ou descendante, le cheminement illustré dans le graphique 1. Les déterminants sociaux associés à l'apparition de maladies et de troubles mentaux peuvent avoir une incidence sur d'autres plans interpersonnels ou sociaux, par exemple en minant la résilience et les réseaux de prise en charge.

Des facteurs sociaux peuvent avoir une influence au cours de la vie en augmentant ou en diminuant le risque qu'une personne soit atteinte d'une maladie ou d'un trouble mental. Certains accentuent la vulnérabilité, alors que d'autres agissent comme catalyseurs de la maladie. Certains prolongent la maladie alors que d'autres la préviennent et entraînent le rétablissement de la santé. La vulnérabilité lors de certaines périodes de transition, comme pendant une migration, est due à une augmentation importante des facteurs de stress au moment où le filet social n'est peut-être pas si solide.

L'Agence de la santé publique du Canada a dressé une liste de 12 déterminants de la santé qui s'appliquent à tous¹⁰. Onze d'entre eux peuvent être considérés comme des déterminants sociaux de la santé et peuvent être particulièrement pertinents pour les groupes IRER.

1. Revenu et statut social
2. Réseaux de soutien social
3. Degré de scolarité et d'alphabétisation
4. Emploi et conditions de travail
5. Milieux sociaux
6. Milieux physiques
7. Pratiques personnelles relatives à la santé et habiletés d'adaptation
8. Développement sain de l'enfant
9. Services de santé
10. Sexe
11. Culture

De plus, la recherche a démontré que la discrimination raciale perçue, la migration et les difficultés linguistiques sont des facteurs sociaux liés aux troubles mentaux auxquels les populations IRER sont plus susceptibles d'être exposées.

Revenu et statut social

Il existe un lien étroit entre le faible revenu, l'inégalité des revenus, l'insécurité financière et la pauvreté et les maladies et troubles mentaux. Tous ces facteurs sont plus présents au sein des populations IREER¹¹, et ce, pour tous les groupes d'âge. Les populations IREER du Canada sont plus susceptibles d'appartenir aux classes sociales inférieures et d'occuper des emplois de statut inférieur¹². Un changement de statut social, en particulier le passage d'un statut plus élevé dans le pays d'origine à un statut moins élevé dans le pays d'accueil, peut aussi avoir un effet négatif sur la santé mentale¹³.

« Ceux qui reçoivent de l'argent dans le cadre du POSPH ne sont pas bien soutenus. Ils sont limités à un petit montant fixe, et il n'y a pas d'autre soutien. Par exemple, ils ne peuvent pas parrainer des membres de leur famille pour les soutenir, ce qui constitue un facteur important dans la prévention des troubles mentaux. »

— Participant à une séance de réflexion

Exemples d'études

- L'emploi a amélioré la santé mentale des réfugiés de l'Asie du Sud-Est¹⁴.
- L'augmentation du revenu des familles continuellement pauvres a réduit le taux de problèmes de comportement chez les enfants immigrants¹⁵.
- Des études ont mis en évidence les liens entre la pauvreté, l'insécurité financière, le chômage et le sous-emploi et une santé mentale fragile au sein d'un certain nombre de groupes, notamment les immigrants en général¹⁶, les enfants immigrants¹⁵, les mères immigrantes¹⁷, les Afghans¹⁸, les femmes chinoises¹⁹, les femmes noires d'origine africaine²⁰, les hommes latino-américains²¹ et les réfugiés de l'Asie du Sud²².

Réseaux sociaux

L'un des problèmes importants pour les groupes d'immigrants est le bris ou la perte des réseaux de soutien social quand les gens déménagent²³. Il faut beaucoup d'énergie et de temps pour reconstituer ces réseaux et, même s'il existe des précédents où des groupes d'immigrants se sont organisés pour fournir du soutien, ce soutien peut être limité comparativement aux larges réseaux laissés derrière.

Exemples d'études

- Des réseaux sociaux ont permis de réduire l'isolement de femmes d'Asie du Sud²⁴, et le mariage a amélioré la santé mentale au sein de groupes d'Asie du Sud-Est¹⁴.
- L'absence de soutien social et l'isolement ont été considérés comme des déterminants importants causant des maladies et des troubles mentaux chez les femmes immigrantes de l'Asie du Sud²⁵ et chez les hommes latino-américains²¹.

Degré de scolarité et d'alphabétisation

La proportion des personnes qui possèdent un diplôme chez les groupes IREER est plus élevée que la moyenne canadienne²⁶. Entre 2001 et 2006, la moitié des personnes ayant immigré au Canada avait un diplôme universitaire, ce qui aurait dû réduire les taux de maladies et de troubles mentaux au sein des groupes IREER. Toutefois, des études réalisées partout dans le monde ont montré que, à tout le moins pour les réfugiés, ceux qui sont les plus qualifiés ont de moins bons résultats²⁷. Cela s'explique peut-être par le fait qu'ils ne peuvent pas travailler au même niveau qu'avant et que cette perte de statut a des répercussions négatives sur la santé. D'après les rapports de Statistique Canada, les immigrants réussissent moins bien au travail que

les personnes qui sont nées au Canada, malgré leurs qualifications²⁸. Même si les immigrants sont plus susceptibles de posséder un diplôme, ils gagnent moins que leurs pairs nés au Canada et sont aussi plus susceptibles de vivre dans des quartiers pauvres. Trente pour cent des hommes immigrants ayant un diplôme universitaire occupent un emploi qui exige uniquement un diplôme d'études secondaires²⁶.

Emploi et conditions de travail

En 2001, le taux de chômage chez les nouveaux immigrants au Canada était toujours au moins trois fois plus élevé que celui des personnes nées au

« Nous aimerions avoir des possibilités d'emploi fondées sur nos capacités et nos qualifications. »

— Participant à une séance de réflexion

Canada. Le chômage n'est pas seulement plus courant chez les immigrants, il l'est encore plus chez les immigrants qui appartiennent aussi à un groupe racialiséⁱⁱⁱ. En 2001, le taux de chômage chez les hommes immigrants était de 29 % pour ceux appartenant à un groupe racialisé et de 16 % pour les autres. Chez les femmes, ces taux étaient respectivement de 45 % et de 25 %. Ces taux sont moins élevés pour les membres des groupes racialisés nés au Canada. Les chômeurs ont des taux plus élevés de dépression que les personnes qui travaillent²⁹. L'emploi ne fournit pas seulement un revenu, il apporte un sentiment d'accomplissement et de croissance personnelle³⁰. Chez les membres des groupes IREER qui ont un emploi, la crainte constante de perdre son emploi constitue un facteur de stress³¹.

Exemples d'études

- L'emploi a amélioré la santé mentale des réfugiés de l'Asie du Sud-Est selon une étude¹⁴.
- Bon nombre d'études ont mis en évidence les liens entre le chômage et le sous-emploi et une santé mentale fragile au sein de plusieurs groupes, notamment les immigrants en général¹⁶, les enfants immigrants¹⁵, les mères immigrantes¹⁷, les Afghans¹⁸, les femmes chinoises¹⁹, les femmes noires d'origine africaine²⁰, les hommes latino-américains²¹ et les réfugiés de l'Asie du Sud²².

Milieus sociaux et physiques

Les membres des groupes IREER sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et dans des quartiers pauvres³². Il est aussi plus probable qu'ils vivent dans des villes et dans des quartiers où le parc de logements est de piètre qualité. Vivre en ville augmente le risque de maladies et de troubles mentaux même si les processus menant à ces résultats ne sont pas clairs. Ceux-ci pourraient être dus en partie au milieu physique, notamment à la pollution, mais aussi au milieu social difficile, aux taux de criminalité et au faible sentiment d'appartenance à la communauté qui caractérise certaines villes.

« Le logement est une question cruciale. Les logements fournis aux personnes atteintes d'une maladie mentale sont inférieurs aux normes, et l'argent provenant du POSPH ne suffit pas pour louer un logement conforme aux normes. » — Participant à une séance de réflexion

ⁱⁱⁱ Ce qui inclut les immigrants qui ne sont pas des Blancs.

Exemple d'études

- Les maladies et les troubles mentaux chez les enfants et les jeunes immigrants ont été associés aux quartiers défavorisés de même qu'à la faible participation communautaire des groupes IRER³³.

Développement sain de l'enfant

Le développement sain d'un enfant dépend du temps, des ressources communautaires et de l'argent. Plus du tiers des enfants immigrants vivent dans la pauvreté au Canada. En conséquence, les enfants sont exposés à un nombre important de facteurs de risque sociaux et environnementaux qui peuvent avoir des répercussions négatives sur leur santé mentale. Si un enfant est séparé de ses parents pendant le processus de migration, il risque davantage de développer une maladie ou des troubles mentaux¹⁵.

« Il y a beaucoup de femmes afghanes qui sont séparées de leur mari, celui-ci vivant en Afghanistan ou dans un autre pays. Quelle que soit la raison de la séparation, bon nombre de troubles mentaux seraient évités chez les femmes et surtout chez les enfants si le gouvernement favorisait la réunion de ces couples. »
— Participant à une séance de réflexion

Exemples d'études

- Les maladies et les troubles mentaux chez les enfants et les jeunes immigrants ont été associés aux quartiers défavorisés de même qu'à la faible participation communautaire des groupes IRER³³.
- Les enfants de parents qui se sont bien adaptés au Canada tout en maintenant leurs croyances et leurs pratiques traditionnelles s'en sortent généralement mieux que les enfants de parents qui se sont complètement assimilés³⁴.
- Les jeunes se sentent parfois dépassés quand ils essaient de s'adapter à la nouvelle culture tout en conservant des composantes de leur culture d'origine³⁵.
- Les enfants immigrants de familles monoparentales ou à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir de bons résultats scolaires et plus susceptibles d'avoir des problèmes avec les autorités³⁶.

Facteurs sociaux propres aux groupes IRER

En plus des déterminants de la santé habituels, certains facteurs influent particulièrement sur la santé mentale des groupes IRER.

Migration

La migration est un facteur de stress particulier pour les groupes d'immigrants. Les raisons de la migration, le processus de migration et l'accueil de la population hôte constituent tous des facteurs importants. Le stress vécu avant la migration par les réfugiés et les traumatismes causés par la guerre, la torture, le viol ou les catastrophes naturelles augmentent le risque d'apparition de troubles mentaux courants (anxiété et dépression) de même que du trouble de stress post-traumatique⁷. Le processus de migration et d'acculturation peut être stressant et accroître le risque de maladies et de troubles mentaux.

« Certains d'entre nous [Somaliens] ont vécu un stress avant l'immigration en raison de la guerre, en plus du stress lié à la migration. Nous avons besoin d'information pour mieux connaître les questions liées aux maladies mentales et à leur traitement. Nous sommes dans le déni, et nous avons besoin de travailleurs de notre groupe ethnique qui peuvent nous soutenir et nous écouter. »
— Participant à une séance de réflexion

Exemple d'études

- Au Canada, des rapports ont été établis concernant les répercussions négatives sur la santé mentale : de la migration et des questions relatives à l'établissement chez les femmes réfugiées originaires du Cambodge³⁷ et chez les hommes latino-américains²¹; du stress associé à la migration chez les mères immigrantes¹⁷; du souvenir des facteurs de stress avant la migration chez les femmes de l'Asie du Sud²².

Discrimination perçue

La discrimination raciale perçue constitue un facteur de risque de maladies et de troubles mentaux qui touchent les groupes IREER³⁸. Il s'agit d'un problème social complexe qui a des répercussions sur un certain nombre de plans, de la violence ou des attaques raciales à des formes plus subtiles, comme les stéréotypes dans les médias. Le désavantage économique lié à la discrimination au travail est important, tout comme la discrimination dans l'obtention de services. Certains disent qu'au Canada, la pauvreté a une couleur. La discrimination perçue a des répercussions sur la santé mentale en raison de ses effets directs sur la psychologie et la physiologie d'une personne de même qu'en raison de ses liens avec les autres déterminants sociaux de la santé³⁹. Par exemple, parmi les enjeux systémiques à l'origine des différences en emploi ou dans les conditions de travail et au chapitre du revenu des populations immigrantes, il peut y avoir la non-reconnaissance de l'expérience, des qualifications et des titres de compétence étrangers.

« Il y a beaucoup de discrimination à l'égard des immigrants. En raison de leur race, ils se heurtent à un grand nombre d'obstacles. Même s'ils sont choisis en fonction de leur mérite, leurs grades universitaires ne sont pas reconnus quand ils viennent ici, ce qui fait qu'ils se sentent très frustrés. » —
Participant à une séance de réflexion

Exemples d'études

- Une étude a révélé que la discrimination constitue un facteur de risque important pour la santé mentale des immigrants coréens³⁹.
- Parmi les variables ayant une incidence sur la capacité d'un nouvel arrivant étudiant à obtenir de bons résultats, mentionnons les préjugés de l'enseignant et la discrimination institutionnelle ou systémique⁴⁰.

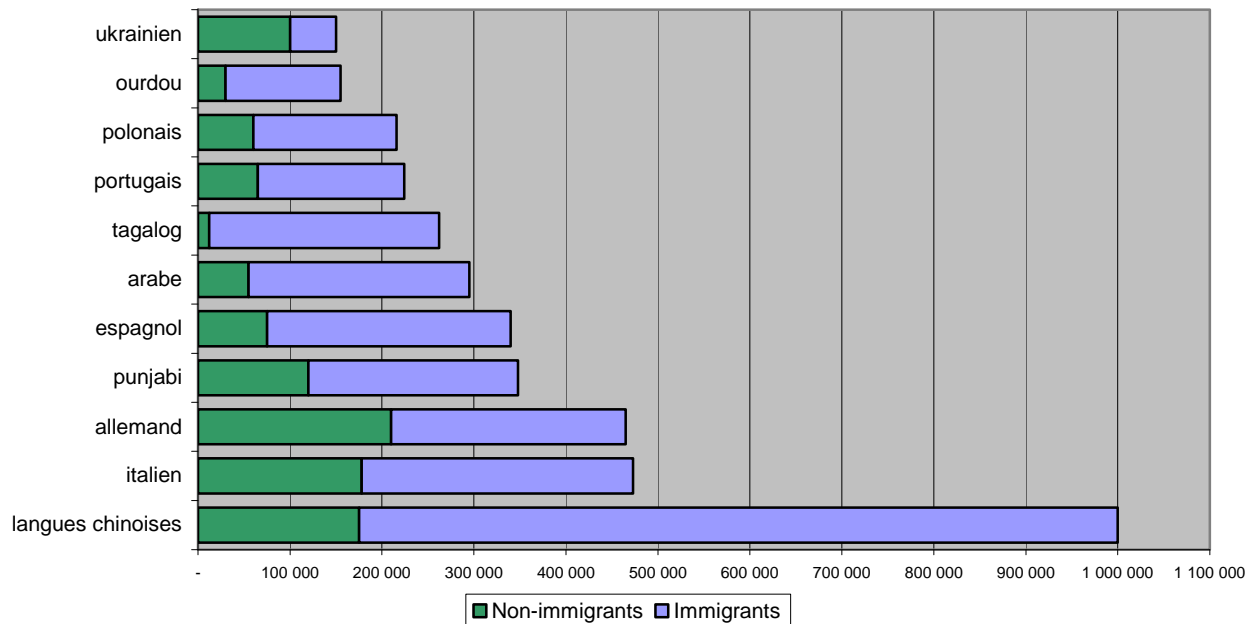
Langue

La langue maternelle de vingt pour cent de la population canadienne n'est ni le français ni l'anglais. Plus de 200 langues sont parlées au Canada⁴¹. Quand des personnes développent une maladie ou des troubles mentaux, elles peuvent avoir besoin d'utiliser la langue dans laquelle elles communiquent le mieux pour expliquer ce qu'elles vivent, ce qui d'ailleurs pourrait entraîner de meilleurs résultats⁴². Les langues maternelles les plus courantes, à l'exception des langues officielles, sont le mandarin, le cantonnais et les langues d'Asie du Sud (ourdou, hindi et punjabi). Moins de la moitié des personnes qui parlent ces langues utilisent régulièrement le français ou l'anglais à la maison.

Exemple d'études

- Les problèmes linguistiques ont été définis comme étant un déterminant social pour la plupart des groupes, y compris les femmes noires d'origine africaine²⁰ et les hommes latino-américains²¹.

Nombre d'immigrants et de non-immigrants n'ayant pas le français ou l'anglais comme langue maternelle en 2006, au Canada⁴¹



Remarque : Les « langues chinoises » comprennent le mandarin, le cantonnais, le hakka, le taïwanais, le chaochow (teochow), le fookien et le shanghaïen ainsi qu'une catégorie résiduelle (langues chinoises non déclarées ailleurs).

Âge

Personnes âgées

Les personnes âgées ont parfois des besoins différents de ceux d'autres groupes d'âge. Les femmes immigrantes et réfugiées de plus de 65 ans sont parmi les personnes les plus pauvres au Canada⁴³. Il peut arriver qu'elles n'aient jamais travaillé et qu'elles n'aient donc aucune source de revenus, comme une pension, dont elles puissent vivre. Ces femmes continuent d'être plus pauvres que les hommes immigrants. Le risque de maladie mentale est plus élevé chez les personnes qui immigrer après 65 ans. Ce groupe peut avoir de la difficulté à s'adapter à une nouvelle culture en raison des problèmes linguistiques et d'un accès limité à des cours⁴⁴. Plus que tout autre groupe, les aînés doivent compter sur leurs enfants et leurs petits-enfants pour les aider dans leurs activités quotidiennes⁴⁵. Contrairement aux jeunes qui peuvent socialiser à l'école ou au travail, les aînés sont beaucoup plus isolés, car leurs contacts sociaux se limitent parfois à ceux qu'ils ont avec les membres de leur famille.

« Je pense que les personnes âgées sont plus à risque d'être touchées par des troubles mentaux parce qu'elles sont seules et ne peuvent pas bien prendre soin d'elles-mêmes »
— Participant à une séance de réflexion

Exemple d'études

- Le fait d'être célibataire, de vivre seul et de devoir franchir un grand nombre d'obstacles pour accéder aux services a été associé à un plus grand nombre de symptômes de dépression chez les Asiatiques du Sud⁴⁵.

Principaux enjeux concernant les facteurs sociaux et la maladie et les troubles mentaux

1. Il existe un lien entre un éventail de facteurs sociaux et les maladies et troubles mentaux. *(Recommandation 3)*
2. Les groupes IRER sont davantage exposés aux déterminants sociaux de la santé figurant sur la liste actuelle de l'ASPC. *(Recommandation 3)*
3. Les groupes IRER sont plus exposés à de nouveaux déterminants sociaux, comme la migration, la discrimination et les difficultés linguistiques. *(Recommandation 3)*
4. Les répercussions des déterminants sociaux peuvent être complexes; par exemple, la discrimination a une incidence directe sur la psychologie et la physiologie d'une personne et a aussi des liens avec d'autres déterminants sociaux de la santé à l'échelle du groupe. *(Recommandation 3)*
5. Les forces sociales qui poussent les gens sur le cheminement descendant de l'équilibre à l'apparition de maladies et de troubles mentaux sont plus présentes au sein de certaines populations IRER, et celles qui poussent les personnes vers l'équilibre, comme le soutien social, sont moins présentes en raison de leur statut social au Canada. *(Recommandation 3)*

b. Taux de maladies mentales

Partout dans le monde, des études indiquent une augmentation des risques de maladies et de troubles mentaux chez les groupes IRER^{46, 47, 48}. Toutefois, selon les données, les taux de maladies et de troubles mentaux chez les groupes IRER du Canada ne sont pas toujours élevés. Cela peut s'expliquer par diverses raisons, notamment : (i) les personnes vivant avec une maladie mentale ou des troubles mentaux sont peut-être moins susceptibles de suivre le processus d'immigration; ou (ii) il se peut que les nouveaux immigrants ne parlent pas de leur maladie ou de leurs troubles mentaux.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est l'une des rares études nationales sur la santé mentale des nouveaux immigrants au Canada⁴⁹. Il y est fait mention de l'« effet de l'immigrant en bonne santé ». D'après cette étude, les immigrants de première génération au Canada présentaient des taux de dépression moins élevés que les personnes nées au Canada. Cependant, l'ESCC a aussi révélé que les taux de dépression augmentent à la deuxième génération. De la même façon, il a été démontré qu'au Canada, les jeunes de la deuxième génération adoptent davantage de comportements très risqués, comme la consommation abusive d'alcool et de drogues illicites, que les jeunes de la première génération⁵⁰.

Les études locales ne confirment pas toujours les résultats de l'ESCC. Par exemple, une étude sur les adolescents du Québec a révélé des taux élevés de psychopathologie chez les jeunes réfugiés, et une étude menée auprès des étudiants de l'Université de Toronto a révélé que la dépression légère était plus fréquente chez les étudiants de l'Asie du Sud et de l'Europe du Sud que chez les étudiants de l'Europe de l'Est et d'origine anglo-celte⁵¹. Au Québec, on a découvert que les femmes immigrantes appartenant à des groupes minoritaires présentent davantage de symptômes de dépression que les femmes nées au Canada ou que celles appartenant à des groupes IRER plus importants¹⁷. Enfin, une étude sur la population d'origine éthiopienne de Toronto a révélé un taux de prévalence à vie de la dépression de 9,8 %⁵², lequel est plus élevé que la moyenne nationale qui se situe entre 7,9 et 8,6 %⁵³.

Des études européennes montrent que les immigrants, en particulier ceux des Caraïbes d'origine africaine, sont plus à risque d'être touchés par la schizophrénie et d'autres psychoses⁵. Des études de la Nouvelle-Écosse⁵⁴ et du Québec⁵¹ présentent certaines données similaires, mais aucune étude à grande échelle n'a été menée au pays⁵⁵.

Au Canada, jusqu'à 2 % de tous les décès sont des suicides⁵⁶. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a révélé qu'en 2002, 3,7 % de la population avaient des pensées suicidaires⁵⁷. En 1998-1999, les chercheurs de Statistique Canada ont signalé qu'il y avait eu 23 000 tentatives de suicide au Canada⁵⁸, alors qu'une étude de Statistique Canada réalisée en 2001-2002 a révélé qu'un peu plus de 15 000 personnes se sont présentées dans les hôpitaux de l'Ontario avec des blessures qu'elles s'étaient infligées délibérément⁵⁹. Des rapports de recherche sur les groupes d'immigrants les classent parmi les personnes présentant le risque le moins élevé. Cependant, des études sur la santé mentale des jeunes afghans indiquent que près de 25 % des personnes qui y ont participé affirment avoir des pensées suicidaires et que 16 % d'entre elles avaient déjà tenté de se suicider. Près des deux tiers des participants se sont aussi dits traumatisés par la guerre. Hyman et coll. ont conclu que le stress et les traumatismes vécus avant la migration avaient une grande incidence sur la maladie et les troubles mentaux chez les enfants³⁴. En particulier, les enfants réfugiés exposés à des catastrophes naturelles ou perpétrées par des humains présentent un risque élevé de dépression, d'anxiété, de colère et de symptômes psychosomatiques³⁴.

Il est possible que l'absence de conclusions claires à l'échelle nationale reflète l'hétérogénéité des taux de maladies mentales au sein des différents groupes. Si certains groupes IREER présentent des taux élevés de maladies mentales et que ce n'est pas le cas pour d'autres, les différents effets s'annulent les uns les autres quand tous les groupes sont réunis. Une analyse plus poussée pourrait être nécessaire.

Les taux de maladies et de troubles mentaux ne fournissent pas toute l'information requise pour mettre en place des services. Pour la présente étude, il n'a pas été possible de trouver des données sur les besoins en matière de services en santé mentale des groupes IREER à l'échelon national ou local. Si les services doivent être adaptés pour satisfaire aux exigences des populations, il est urgent de trouver de l'information sur les besoins en santé mentale des groupes IREER.

Principaux enjeux concernant les taux de maladies mentales

1. Les taux de maladies et de troubles mentaux au sein des groupes IREER au Canada sont variables. (*Recommandations 1 à 4*)
2. Les groupes IREER sont souvent considérés comme une seule population, ce qui peut donner une image inexacte des taux de maladies et de troubles mentaux au sein des divers groupes. (*Recommandations 2 à 4*)
3. Les études internationales montrent que les immigrants et les réfugiés présentent un risque accru de maladies et de troubles mentaux^{46, 47, 48} (*Recommandation 6*).
4. Les études locales au Canada signalent des taux élevés de maladies et de troubles mentaux chez certains groupes IREER. (*Recommandations 2 à 4*)
5. Les taux de maladies mentales sont faibles chez les groupes d'immigrants à leur arrivée au Canada, mais ils peuvent augmenter au fil du temps, tout comme les comportements à risque. (*Recommandation 3*)

c. Obstacles au traitement et éléments qui le facilitent

Il est possible que le besoin de services soit une question plus pertinente que les simples taux de maladies mentales. Les groupes exposés à des événements marquants et à un stress social et ayant un faible revenu, des réseaux de soutien brisés et des filets sociaux fragiles sont peut-être plus susceptibles de suivre le cheminement descendant vers l'apparition de symptômes et d'avoir besoin de services en santé mentale. Les groupes IREER sont plus susceptibles d'être exposés

aux déterminants sociaux qui favorisent la maladie et les troubles mentaux lorsque les ressources communautaires et personnelles qui soutiennent les personnes et favorisent la santé sont réduites.

Cependant, la plupart des personnes qui ont besoin de soins en santé mentale ne les obtiennent pas. Les études soulèvent des préoccupations au sujet de l'accès aux services en santé mentale des groupes IREER et des soins reçus⁶³.

Les immigrants sont moins susceptibles que leurs homologues canadiens d'avoir recours à des services en santé mentale dans des établissements de soins primaires ou de spécialité⁶⁰. Une étude de Whitley et coll. a révélé que les obstacles à la recherche de traitement comptent notamment l'impression que les médecins sont prompts à prescrire des médicaments, l'interaction entre le patient et le médecin et une plus grande confiance dans les thérapies traditionnelles⁶¹. Les études ont signalé que les soins en santé mentale destinés au grand public étaient considérés comme contraires aux valeurs, aux attentes et aux habitudes des groupes IREER quand vient le temps de demander de l'aide. Par exemple, l'incompatibilité entre les services et les femmes noires⁶², les femmes de l'Asie du Sud²⁴, les personnes âgées tamoules et asiatiques⁶³ et les immigrants antillais⁶⁴ a été démontrée. Ceux qui sont plus instruits sont généralement plus susceptibles de demander des services pour leurs maladies et troubles mentaux (tant chez les groupes IREER que chez les autres groupes de la population).

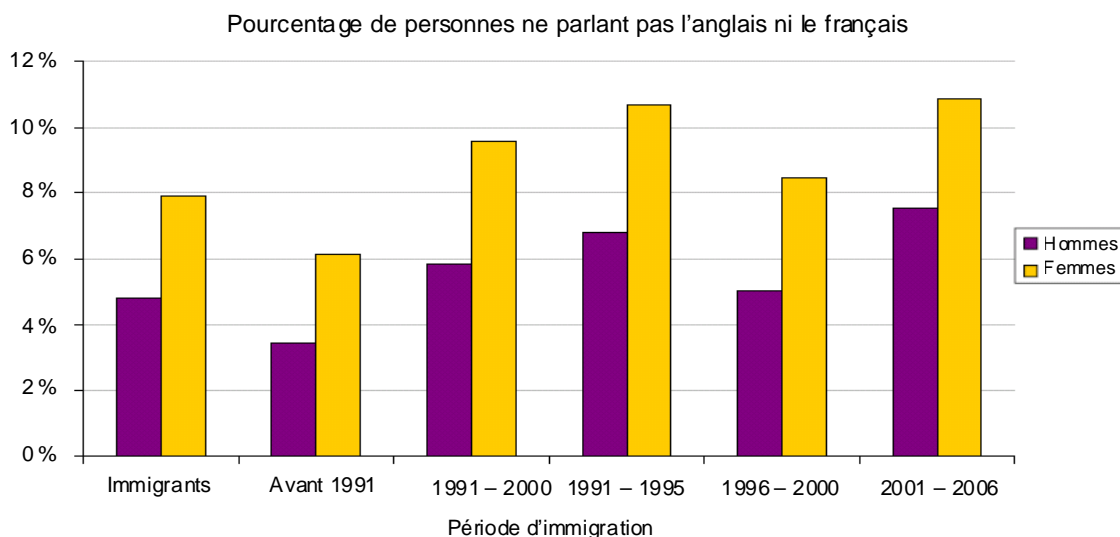
Langue

La langue a souvent été citée comme étant un obstacle aux soins dans la documentation canadienne^{65, 66}. Au moment du Recensement de 2006, 20 % de la population (soit un peu plus de 6 millions de personnes) n'avaient pas le français ou l'anglais comme langue maternelle. Même si les nouveaux arrivants peuvent apprendre l'anglais ou le français en suivant des cours, un grand nombre d'entre eux continuent de parler leur langue maternelle à la maison. Comme il est possible que les nouveaux arrivants ne parlent pas la langue, ils ne peuvent pas demander de services de santé ou de santé mentale parce qu'ils ne savent pas où aller ou ne peuvent pas communiquer ce qu'ils ressentent en anglais ou en français. En général, plus une personne vit au Canada depuis longtemps et a pu apprendre l'une des langues officielles, plus elle est susceptible d'avoir recours aux services de santé. Même si les services d'un interprète sont obligatoires dans le système de justice, c'est rarement le cas dans le système de santé, ce qui peut signifier que des enfants ou du personnel non médical agiront

« En tant qu'ex-psychiatisés, nous avons besoin d'un compagnon et de quelqu'un à qui parler dans notre langue. Certains des membres de nos communautés parlent uniquement leur langue maternelle et seraient uniquement en mesure de communiquer avec des travailleurs qui parlent leur langue. » — Participant à une séance de réflexion

comme interprètes. Quand des services de traduction et d'interprétation sont offerts, il est rare que les cliniciens reçoivent une formation sur la façon de les utiliser.

Même si des services linguistiques étaient offerts à grande échelle, il y a lieu de se demander si les traitements fournis par l'entremise d'un interprète seraient de même qualité. Certains feraient valoir qu'offrir des services dans la langue de la personne qui en a besoin constitue la seule façon de fournir des soins équitables.



Graphique 2⁶⁷

Connaissance des services

La connaissance des services est une autre question liée à l'accès. Des rapports indiquent que des membres des groupes IRER ne connaissent pas les services qui leur sont offerts ou ne comprennent pas le fonctionnement du système de santé¹⁸. Si les gens ne savent pas où ils peuvent obtenir de l'aide, il est possible qu'ils attendent jusqu'à ce que les symptômes soient plus graves avant de recevoir des soins. Certains ont signalé qu'en l'absence d'information au sujet des services, ce sont des amis et des membres de leur famille qui leur expliquent le fonctionnement des systèmes canadiens. Ils sont moins susceptibles de poser des questions au sujet des systèmes de santé mentale parce qu'ils craignent de faire l'objet de stigmatisation, et par conséquent, certaines personnes ne se font pas traiter ou tardent à le faire. Le fait de ne pas savoir où obtenir des soins a été mentionné comme étant un obstacle par les Canadiens d'origine afghane¹⁸ et asiatique⁶⁸, et les immigrants chinois ont parlé du peu d'information au sujet des services offerts⁶⁹.

« Nous devons être instruits pour comprendre la piètre information au sujet des services offerts et surmonter cet obstacle. » — Participant à une séance de réflexion

Obstacles socioéconomiques

Les obstacles socioéconomiques touchent différemment les groupes IRER du Canada, car ces derniers sont plus susceptibles d'être pauvres. Un faible revenu réduit l'accès aux services de santé et l'utilisation de ceux-ci. Plusieurs provinces imposent un délai de trois mois après l'arrivée au Canada pour l'assurance-maladie. Certaines catégories de travailleurs temporaires, d'étudiants étrangers, de visiteurs et de migrants sans papiers sont exclues de l'assurance-maladie provinciale⁷⁰. Souvent, les services ne sont offerts que pendant la semaine, ce qui peut constituer un obstacle pour une personne qui a un emploi. Les coûts associés au transport peuvent aussi avoir une incidence sur l'utilisation des services. Un manque d'argent peut aussi faire en sorte que les gens n'achètent pas les médicaments nécessaires. Ainsi, il peut arriver que des personnes n'aient pas les moyens d'acheter un ou l'ensemble de leurs médicaments, ce qui empêchera également le traitement.

Discrimination perçue

Des études portant sur des Canadiens d'origine asiatique⁴² et des femmes noires³⁰ ont cité la discrimination raciale perçue comme étant un obstacle aux soins. La discrimination institutionnalisée a été une façon d'examiner les obstacles structurels à l'accès aux soins en santé mentale des groupes IRER. L'argument était non pas que les praticiens font directement ou activement de la discrimination contre des groupes en particulier, mais que le fonctionnement du système de soins fait en sorte que ces groupes ont un accès réduit et des traitements de moindre qualité. Les services conçus pour tous ne tiennent pas compte des besoins spéciaux, de la présentation des problèmes ni des désirs des groupes, ce qui pourrait entraîner de moins bons résultats. Des études ont mis en évidence des différences dans la présentation des problèmes chez les groupes IRER pour ce qui est des enfants d'immigrants⁷¹, des étudiants universitaires originaires de l'Asie de l'Est⁷² et des Canadiens d'origine asiatique⁴². Certaines ont expliqué de quelle façon les thérapies peuvent être modifiées de façon à ce qu'elles soient plus efficaces. Par exemple, la thérapie axée sur le problème⁷³ est plus efficace pour certains problèmes chez les immigrants coréens, et la maîtrise des émotions⁷⁴ l'est davantage pour certains groupes d'Asie du Sud. Cependant, ces études sont rares.

Stigmatisation

La stigmatisation de la maladie mentale et des services en santé mentale constitue un obstacle important au traitement. Le terme stigmatisation renvoie aux perceptions négatives des gens à l'égard des maladies et des troubles mentaux.

Historiquement, les personnes qui vivent avec une maladie mentale ou des troubles mentaux ont été ostracisées par leur communauté et leur famille. Même si les mauvaises perceptions et la stigmatisation existent dans toutes les sociétés, le degré de stigmatisation

« Il faut se débarrasser de la stigmatisation associée au terme "santé mentale". Je dois admettre que j'ai été victime de stigmatisation à de nombreuses occasions. Je ne voulais pas que les autres soient au courant de ma maladie parce qu'ils m'auraient maltraité. Je crois qu'il est important de faire connaître les attitudes négatives, car cela pourrait permettre que davantage de gens parlent de ces problèmes. »
— Participant à une séance de réflexion

est plus élevé dans certaines communautés que dans d'autres⁷⁵. Le fait d'admettre un trouble mental peut jeter la honte non seulement sur la personne, mais sur toute la famille dans certaines communautés⁶⁴. Par conséquent, la décision d'obtenir un traitement pour une maladie ou un trouble mental n'est pas seulement un choix personnel : il peut s'agir d'un choix qui a des conséquences sociales pour toute la famille.

La cheminement vers les soins

Tel qu'il a été mentionné précédemment dans le présent document, souvent les gens demandent d'abord de l'aide à leur communauté,

« Nous croyons que des services devraient être offerts dans les lieux de culte, où les gens se sentent en confiance et à l'aise. L'imam et les autres employés de la mosquée somalienne doivent être sensibilisés afin de réduire la stigmatisation. »
— Participant à une séance de réflexion

aux guérisseurs profanes et aux groupes religieux. La religion et la spiritualité sont des sources importantes de soutien et contribuent à la gestion du stress et des maladies et troubles mentaux⁷⁶. Il ne serait pas surprenant que des thérapies et des traitements non conventionnels provenant des pays d'origine des groupes IRER soient couramment utilisés au sein de ceux-ci. Par exemple, une étude a révélé que les Asiatiques du Sud²⁴ et les Tamouls⁷⁷ ont recours à des traitements traditionnels. La ressource suivante en matière de traitement est le médecin de famille, qui pourrait recommander des soins secondaires, notamment en psychiatrie. Il y a peu d'information sur les médecins de famille et la santé mentale des groupes IRER, mais certaines

données indiquent que ceux-ci estiment qu'il est difficile de trouver des services adaptés à la culture vers lesquels ils peuvent diriger les patients lorsqu'il y a un besoin¹⁸.

Certains documents font mention de facteurs qui facilitent l'obtention de soins par des groupes IRER au Canada. Par exemple, pour la population tamoule, ces facteurs comprennent le temps passé au Canada, la confiance dans le système, les connaissances et le degré de scolarité, de même que la compétence culturelle⁷⁷. Pour les étudiants universitaires originaires de l'Asie du Sud-Est, l'acculturation et la collaboration entre les prestataires de services seraient utiles⁷². Pour ce qui est de la communauté somalienne, la promotion de la santé adaptée au groupe ethnique et la diversité des services, notamment l'intégration de méthodes parallèles, ont été mentionnées⁷⁸.

Principaux enjeux liés aux obstacles au traitement et aux éléments qui le facilitent

Obstacles

1. Un certain nombre de facteurs, comme la connaissance des services, la stigmatisation, les facteurs socioéconomiques, la discrimination perçue et la langue, constituent des obstacles potentiels au traitement pour les groupes IRER. (Recommandations 6 à 15)
2. Même si les services d'interprètes sont obligatoires dans le système de justice, c'est rarement le cas dans le système de santé, ce qui peut signifier que des enfants ou du personnel non médical agiront comme interprètes. (Recommandation 14)
3. Les obstacles structurels, comme le racisme institutionnalisé, font en sorte que les groupes IRER sont moins susceptibles d'obtenir le traitement dont ils ont besoin. (Recommandations 6 à 15)

Éléments facilitateurs

4. Les personnes qui sont plus instruites, qui vivent au Canada depuis plus longtemps et qui sont capables d'apprendre l'une des langues officielles sont plus susceptibles de demander des services pour leurs maladies et troubles mentaux.
5. La confiance dans le système, la compétence culturelle des services et la collaboration entre les prestataires de services peuvent aider à surmonter les obstacles au traitement^{77, 72}. (Recommandations 6 à 13)
6. La promotion de la santé adaptée à l'origine ethnique et la diversité des services, notamment l'intégration de méthodes parallèles, ont été mentionnées par certaines communautés comme des éléments qui facilitent le traitement⁷⁸. (Recommandations 12 et 13)

Principaux enjeux de la partie 2

1. Il existe un lien entre un éventail de facteurs sociaux et les maladies et troubles mentaux.
2. Les groupes IRER sont plus exposés aux déterminants sociaux de la santé figurant sur la liste actuelle de l'ASPC. (Recommandations 1, 6 et 14)
3. Les groupes IRER sont plus exposés à de nouveaux déterminants sociaux, comme la migration, la discrimination et les difficultés linguistiques. (Recommandation 6)
4. L'incidence des déterminants sociaux peut être complexe; par exemple, la discrimination a des répercussions directes sur la psychologie et la physiologie d'une personne en plus d'avoir des liens avec d'autres déterminants sociaux de la santé au niveau du groupe. (Recommandation 6)
5. Les forces sociales qui poussent les gens à suivre le cheminement descendant de l'équilibre à l'apparition de maladies et de troubles mentaux sont plus importantes au sein de certaines populations IRER, et celles qui poussent les gens vers l'équilibre, comme le

- soutien social, sont moins importantes en raison de leur statut social au Canada. (*Recommandation 6*)
6. Les taux de maladies et de troubles mentaux au sein des groupes IRER au Canada sont variables. (*Recommandation 4*)
 7. Les groupes IRER sont souvent considérés comme une seule population, ce qui peut donner une image inexacte des taux de maladies et de troubles mentaux au sein des divers groupes. (*Recommandations 4 et 5*)
 8. Des études internationales montrent que les immigrants et les réfugiés présentent un risque accru d'être touchés par les maladies et les troubles mentaux^{46, 47, 48}. (*Recommandation 6*)
 9. Des études locales menées au Canada font état de taux plus élevés de maladies et de troubles mentaux chez certains groupes IRER. (*Recommandations 4 et 5*)
 10. Les taux de maladies mentales sont faibles chez les immigrants au moment de leur arrivée au Canada, mais ils peuvent augmenter au fil du temps, tout comme les comportements à risque. (*Recommandations 4 et 6*) Un certain nombre de facteurs, notamment la connaissance des services, la stigmatisation, les facteurs socioéconomiques, la discrimination perçue et la langue, constituent des obstacles potentiels au traitement pour les groupes IRER.
 11. Même si les services d'interprètes sont obligatoires dans le système de justice, c'est rarement le cas dans le système de santé, ce qui peut faire en sorte que des enfants ou du personnel non médical agissent comme interprètes.
 12. Les personnes qui sont plus instruites, qui vivent au Canada depuis plus longtemps et qui sont en mesure d'apprendre une des langues officielles sont plus susceptibles de demander des services pour leurs maladies et troubles mentaux.
 13. La confiance dans le système, la compétence culturelle des services et la collaboration entre les prestataires de services peuvent aider à surmonter les obstacles au traitement^{77, 72}.
 14. La promotion de la santé adaptée à l'origine ethnique et la diversité des services, notamment l'intégration de méthodes parallèles, ont été mentionnées par certaines communautés comme étant des éléments qui facilitent le traitement⁷⁸.

Partie 3 : Trouver une solution aux problèmes

Mesures prises par les provinces et les territoires

Les provinces et les territoires sont les principaux responsables de la prestation des services en santé mentale. L'architecture des services, l'organisation du financement, la planification et la gouvernance varient d'une administration à l'autre. Toutefois, la diversité des solutions aux difficultés liées à la mise en place des services en santé mentale pour les populations IRER est similaire. Par exemple, à l'échelon provincial, les Alberta Health Services travaillent à l'élaboration d'une méthode permettant d'acquérir une compétence en matière de diversité et, parallèlement, le document d'orientation sur la diversité régionale, approuvé par le Regional Diversity Advisory Committee de Calgary, sera utilisé pour exposer la façon dont les Alberta Health Services travailleront pour devenir une organisation de la santé ayant de bonnes compétences en matière de diversité. À l'échelon régional, la Vancouver Coastal Health Authority (l'une des six régions sanitaires de la Colombie-Britannique) coordonne les services interculturels en santé mentale de Vancouver, lesquels se sont développés naturellement au sein des secteurs des soins primaires, secondaires et tertiaires. À l'échelon local, les Toronto Local Health Integration Units demandent aux prestataires de services de produire des plans pour favoriser l'équité en santé.

Pour la présente étude, nous avons communiqué avec toutes les provinces. Celles-ci ont signalé 66 services ou initiatives ciblant spécialement les groupes IRER. De telles initiatives peuvent améliorer les services et les résultats pour les personnes vivant avec une maladie mentale ou des troubles mentaux.

Aucune province, aucun territoire ni aucune région n'avaient établi de lien entre la capacité culturelle d'une organisation de fournir des services directs et l'évaluation des résultats.

En ce qui concerne le bien-être, l'amélioration de la santé mentale des groupes IRER est complexe, et l'incidence des déterminants sociaux de la santé exige une planification importante, un soutien intersectoriel et, par conséquent, une volonté politique. Dans le cadre du projet, il a été impossible de trouver une région, une province ou un territoire doté d'une stratégie complète d'amélioration de la santé mentale des populations IRER.

Intervention du gouvernement fédéral – Puis... La porte s'est ouverte

On s'intéresse à la santé mentale des populations immigrantes depuis longtemps. Un groupe de travail national a été mis sur pied au milieu des années 1980 pour étudier ce sujet. Ses conclusions ont fait l'objet d'un rapport en 1988 (*Puis... La porte s'est ouverte*)⁷⁹. Un examen approfondi de la documentation a été effectué, et des répondants de partout au Canada ont présenté des exposés et des observations écrites. Le groupe de travail a conclu que, même si le fait de quitter un pays et une culture pour un autre entraîne inévitablement du stress, cela ne constitue pas nécessairement une menace pour la santé mentale. La santé mentale des immigrants et des réfugiés devient une préoccupation principalement quand d'autres facteurs de risque s'ajoutent au stress de la migration. L'une des principales questions décrites dans le présent rapport est le fait que les immigrants et les réfugiés n'ont pas leur mot à dire dans le système de santé mentale, que ce soit en tant que personnes vivant avec une maladie mentale ou des troubles mentaux ou en tant que prestataires de services.

Le groupe de travail a relevé les trois principes suivants :

1. Les problèmes de santé mentale qui touchent les immigrants et les réfugiés comprennent à la fois les problèmes liés aux causes et ceux liés au traitement. Pour répondre aux besoins liés à la santé mentale des immigrants au Canada, on doit lutter contre les facteurs comportant des risques et généraliser l'accès aux services de traitement.
2. Les étapes nécessaires à la prévention et au traitement de la détresse émotionnelle chez les immigrants mettent en jeu des personnes avec qui les migrants rentrent en contact autant que les immigrants eux-mêmes. On peut éliminer les sources majeures de détresse chez les immigrants et faciliter l'efficacité de leurs soins de santé mentale en sensibilisant les natifs du Canada — les agents d'immigration, les agents d'accueil, les enseignants, les voisins et le personnel chargé des soins de la santé mentale — aux différentes façon dont la culture peut influencer sur leurs relations avec les nouveaux venus dans ce pays.
3. Les recommandations du Groupe de travail tiennent compte du fait qu'aucun groupe ou palier gouvernemental ne peut assumer seul la responsabilité de sauvegarder la santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. Pour que les nouveaux arrivés s'adaptent et s'intègrent à la société canadienne, chaque palier de gouvernement, chaque planificateur et chaque spécialiste des services appropriés doit, au moment de prendre des décisions, tenir compte des points forts, des besoins et des perspectives des migrants.

Le groupe de travail a ensuite formulé 27 recommandations à l'intention de Citoyenneté et Immigration Canada, de Santé Canada et d'autres organismes fédéraux, dans le but d'améliorer la santé mentale des immigrants (veuillez consulter l'annexe A).

Pour les besoins du projet, l'équipe de recherche a tenté d'évaluer les progrès réalisés à l'égard de ces recommandations. Jusqu'à maintenant, au cours des 20 années qui se sont écoulées depuis la publication du rapport, seulement six des recommandations ont été entièrement mises en œuvre.

C'est dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire⁸⁰ que Citoyenneté et Immigration Canada joue un rôle direct dans la prestation de services en santé mentale. Ce programme offre des services de santé aux nouveaux immigrants, aux demandeurs d'asile actuels, aux réfugiés, aux personnes détenues dans les Centres de détention de l'immigration et aux demandeurs d'asile déboutés qui sont toujours au Canada et qui n'ont pas les moyens de payer pour des services de santé. Il couvre les services médicaux essentiels et d'urgence, notamment les services en santé mentale comme la consultation d'un médecin, l'hospitalisation et les médicaments essentiels.

Même si Santé Canada a été mentionné dans les recommandations, les représentants du Ministère ont expliqué à notre équipe de recherche qu'ils ont de la difficulté à mettre en œuvre les recommandations ou à apporter leur contribution parce que Santé Canada est un organisme fédéral qui ne gère pas activement la prestation des services. Les ministères provinciaux de la Santé sont responsables des services aux populations IRER.

Rapport sénatorial – De l'ombre à la lumière

Pour le rapport sénatorial *De l'ombre à la lumière*⁸⁰, des témoignages sur les services en santé mentale pour les réfugiés et les immigrants ont été recueillis environ 17 ans après la publication du rapport *Puis... La porte s'est ouverte*. Le rapport souligne qu'après l'entrée au Canada des réfugiés et des immigrants, les provinces et territoires devraient être responsables de l'exécution

des programmes et de la prestation des services liés à la santé mentale qui relèvent de la sphère des soins de santé publique.

Le rapport invitait le Canada à s'engager à fournir un refuge sécuritaire garantissant l'accès à des services de santé aux personnes vivant avec des troubles mentaux. Il définissait le rôle d'un organisme externe qui assurerait la surveillance et l'évaluation de la mesure dans laquelle le gouvernement fédéral s'acquitte de ses engagements à l'égard des immigrants et des réfugiés. Il y était recommandé :

« Que le gouvernement fédéral crée une instance pour les immigrants et les réfugiés, semblable à l'Enquêteur correctionnel, à l'Ombudsman des Forces canadiennes ou au Comité externe d'examen de la GRC. Que cette instance soit habilitée à enquêter sur des plaintes individuelles de même que sur des préoccupations générales portant sur la prestation même des programmes et services fédéraux ayant une incidence sur le bien-être mental des immigrants et des réfugiés. Que cette instance fasse rapport au Parlement tous les ans. »

De plus, les auteurs du rapport favorisaient une plus grande participation des communautés immigrantes et réfugiées à titre de partenaires de la recherche, de l'élaboration des programmes et de la prestation des services. Selon eux, des études canadiennes doivent être menées pour recenser et évaluer les systèmes de soins adaptés aux cultures des populations immigrantes, en particulier en ce qui concerne les populations vulnérables comme les enfants, les femmes et les aînés.

Principaux enjeux

1. L'intervention stratégique fédérale portait principalement sur la minorité de Canadiens des groupes IRRER qui sont de nouveaux immigrants ou des réfugiés. *(Recommandations 15 et 16)*
2. Selon les données disponibles, des mesures ont été prises pour seulement 6 des 27 recommandations formulées dans le rapport *Puis... La porte s'est ouverte*. *(Recommandations 15 et 16)*
3. Le rapport sénatorial mettait l'accent sur la nécessité de réaliser des études canadiennes pour recenser et évaluer les systèmes de soins adaptés aux cultures des populations immigrantes. *(Recommandations 13 et 15)*

Partie 4 : Modèle recommandé pour l'amélioration des services

La population du Canada se diversifie et, dans certaines régions, les populations IRER augmentent de façon importante chaque année. Les services en santé mentale devront tenir compte de ces changements au sein de la population. Plusieurs questions ont été soulevées, notamment les déterminants sociaux de la santé, les différences au chapitre des taux de maladies et de troubles mentaux, les obstacles aux soins et les besoins en matière de services. Certaines des principales préoccupations sont axées sur les répercussions sur la santé mentale du chômage, du sous-emploi, du faible revenu, des difficultés linguistiques, de l'isolement social, de la migration et de la discrimination. Parmi les autres facteurs qui exigent une attention particulière, mentionnons certains groupes d'âge, comme les enfants et les personnes âgées.

Les enjeux sont complexes. Il n'y a pas beaucoup de documentation au Canada sur la santé mentale, les maladies et les troubles mentaux et les besoins en matière de services des populations IRER, mais les travaux existants indiquent que les facteurs socio-environnementaux peuvent accroître, au fil du temps, le risque de maladies et de troubles mentaux chez certains groupes IRER. Un nombre important d'études exposent en détail les obstacles auxquels les groupes IRER se heurtent lorsqu'ils tentent d'obtenir des soins de qualité, ce qui indique que ces groupes sont plus susceptibles d'être mal servis. La langue est un obstacle particulier à l'obtention des soins.

Quelques études ont été menées sur les réfugiés et les nouveaux immigrants, mais il n'y a pas eu d'efforts concertés à l'échelle nationale pour examiner les besoins des groupes racialisés et ethnoculturels.

Il y a peu d'études canadiennes sur les initiatives en matière d'orientation stratégique, de services ou de sensibilisation qui pourraient améliorer la santé mentale ou les soins en santé mentale destinés aux groupes IRER. Cependant, il existe une documentation internationale qui pourrait fournir une certaine orientation^{81, 82}.

L'amélioration de la santé mentale et des résultats associés aux maladies et troubles mentaux exigera que des mesures soient prises dans un certain nombre de secteurs. Pour résoudre les difficultés que la documentation et les données du recensement ont révélées, les secteurs privé et bénévole de même qu'un éventail d'organisations publiques – et pas seulement les services de santé habituels – devront participer. Il faut faire la promotion de communautés fortes et saines et renforcer la résilience plutôt que simplement améliorer les services.

La Stratégie nationale en matière de santé mentale propose sept objectifs interreliés pour transformer le système de santé mentale.

1. Les personnes de tout âge vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont activement engagées et appuyées dans leur processus de rétablissement et d'atteinte du bien-être.
2. La promotion de la santé mentale est favorisée et les troubles mentaux ainsi que les maladies mentales sont évités lorsque c'est possible.
3. Le système de santé mentale répond aux besoins variés de toutes les personnes qui vivent au Canada.
4. Le rôle des familles dans la promotion du bien-être et la prestation de soins est reconnu, et leurs besoins sont pris en compte.

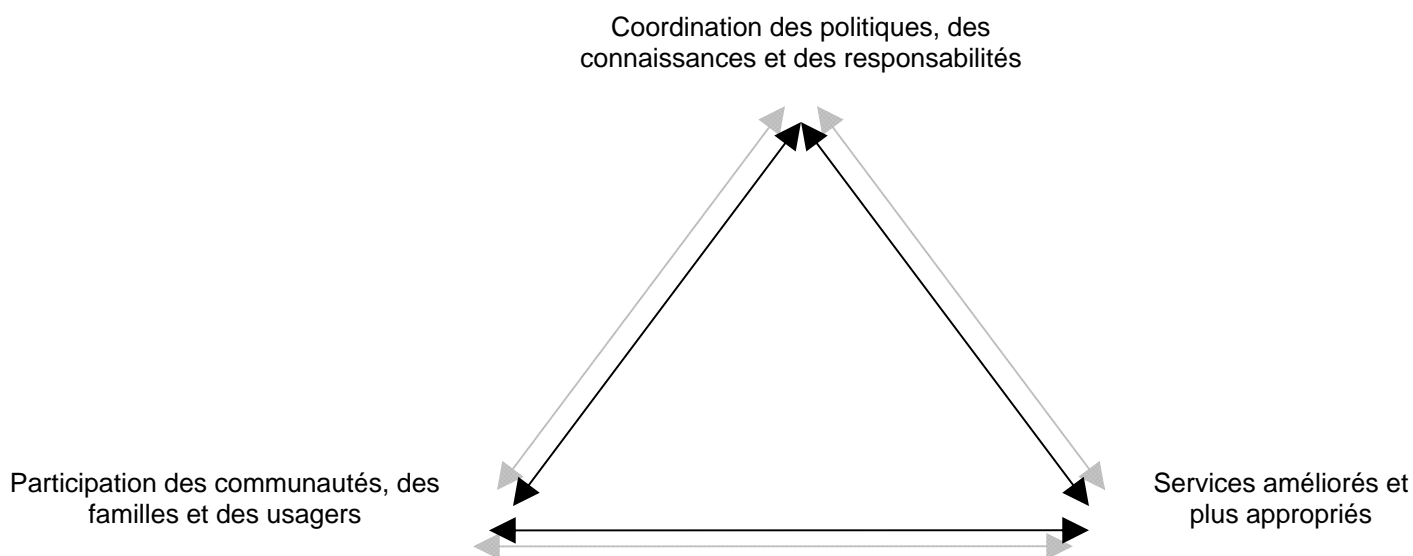
5. Les personnes ont un accès équitable et opportun à des programmes, des services, des traitements et des formes de soutien appropriés, efficaces et véritablement intégrés qui tiennent compte de leurs besoins.
6. Les mesures prises sont fondées sur diverses sources de connaissances et de données probantes, les résultats sont mesurés et la recherche progresse.
7. Les personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont entièrement intégrées à titre de membres de la société.

Des mesures devront être prises à l'égard de ces objectifs interreliés afin de relever le défi d'offrir des services équitables à la population IRER du Canada.

Parmi les approches qui permettraient de regrouper un grand nombre de ces mesures, mentionnons la mise en place de services flexibles adaptés à la population faisant appel à la participation des communautés IRER pour comprendre leurs besoins et y répondre. Une telle approche permettrait aux provinces, aux territoires et aux régions d'adapter la mise au point des services à leurs impératifs démographiques. De plus, les connaissances des communautés locales et des gens ayant une expérience personnelle pourraient être utiles pour mettre au point des services qui conviennent aux personnes susceptibles d'y avoir recours.

Trois groupes de mesures connexes pourraient contribuer à la réalisation d'une telle stratégie :

1. la coordination des politiques, des connaissances et des responsabilités;
2. la participation des communautés, des familles et des usagers;
3. des services améliorés et plus appropriés.



Les flèches du diagramme sont bidirectionnelles, ce qui montre qu'il s'agit d'un processus itératif.

Coordination des politiques, des connaissances et des responsabilités

Il faut élaborer des politiques en agissant au moins sur deux plans :

- 1) l'amélioration de la santé mentale et la réduction du risque de maladies et de troubles mentaux chez les groupes IRER;
- 2) l'amélioration des services destinés aux membres des groupes IRER vivant avec une maladie mentale ou des troubles mentaux.

Les données probantes établissant l'importance des déterminants sociaux tendent à montrer qu'il faut absolument faire davantage d'efforts pour réduire l'exposition des personnes et des communautés aux facteurs qui sont dommageables pour la santé mentale et qui augmentent le risque de maladies et de troubles mentaux ainsi que pour renforcer les communautés et la résilience. De tels efforts nécessiteront la participation des secteurs privé et bénévole de même que des personnes responsables de l'élaboration des politiques sociales, de santé publique et de santé mentale. La responsabilité à cet égard est diffuse et incombe à un certain nombre de ministères différents, au sein de différents ordres de gouvernement. Même si les provinces peuvent s'entendre sur l'orientation et les objectifs des services en santé mentale, l'exécution d'un grand nombre des changements nécessaires relèvera de chaque province, territoire ou région. La direction de ces groupes doit être efficace, tout comme la liaison entre eux si une approche coordonnée en santé publique à l'égard de ces enjeux est adoptée. Cela exigera des démarches pangouvernementales plutôt que cloisonnées, et il faudra envisager des politiques et des stratégies fondées sur le lieu.

Pendant notre étude, nous avons découvert un grand nombre de services différents qui tentent d'offrir des soins aux groupes IRER. Dans certaines régions, des services destinés au grand public et des services adaptés aux groupes ethniques offraient des soins en santé mentale, mais ces derniers n'étaient pas vraiment coordonnés. La priorité était surtout axée sur le fonctionnement du service et le traitement des gens plutôt que sur la planification du service. Certains offraient des soins de grande qualité à ceux qui avaient la chance d'y avoir accès, mais la plupart des gens n'avaient pas cette chance.

Coordination et stratégie sont nécessaires pour améliorer les services de façon efficace, de sorte que le plus grand nombre possible de personnes y aient accès. Cette façon de faire doit mener à l'établissement d'un plan appuyé par un ensemble de données et une évaluation. L'amélioration des services aux groupes IRER ne fait pas exception. Pour s'assurer que le plan fonctionne, un cadre de responsabilisation et de surveillance doit être mis en place.

L'harmonisation des plans fédéraux, provinciaux et régionaux donnerait les meilleurs résultats, mais pourrait s'avérer difficile à réaliser. L'harmonisation des plans locaux et provinciaux est probablement plus réalisable. Il est évident que l'avantage de plans coordonnés est que ceux-ci peuvent accroître la productivité et réduire le chevauchement des efforts. Les plans visant à mieux intégrer les différents prestataires de services et secteurs de soins et à envisager des services dans d'autres secteurs liés à la santé, comme les services d'établissement, seront les plus efficaces. Cependant, un plan à un niveau donné, même s'il n'est pas coordonné, sera mieux que rien.

Un plan peut avoir d'autres avantages. Le processus d'élaboration d'un plan peut servir d'initiative pour la création de partenariats et de réseaux, la découverte de bonnes pratiques locales, le renforcement des capacités, de même que pour la réalisation d'un modèle d'amélioration des services.

Bien sûr, il serait préférable que les plans s'appuient sur des données locales. Les sources habituelles et le recensement fournissent certaines données, mais à de nombreux endroits, une initiative pourrait être nécessaire pour acquérir une base de connaissances.

Dans un système fondé sur des données probantes, l'information est la pierre angulaire des services et est aussi une façon de surveiller la réussite. L'absence de données sur les besoins en matière de services de santé mentale et le recours à ces services par les groupes IRRER mine la capacité de planifier les soins. Par exemple, la plupart des groupes IRRER sont en moyenne assez jeunes, ce qui signifie qu'il y aura une augmentation importante du nombre de personnes âgées appartenant aux groupes IRRER pendant les deux prochaines décennies. De plus, il y a eu une augmentation importante des migrations à partir de pays non européens depuis les années 1960. Ces groupes vieillissent et pourraient constituer une population de plus en plus nombreuse nécessitant des services psychiatriques pour les aînés IRRER. Les plans devraient peut-être cibler le traitement précoce et la prévention chez les jeunes, mais le profil démographique d'une population vieillissante pourrait faire en sorte que davantage de Canadiens ayant des besoins, des cultures et des traditions variés et parlant différentes langues aient recours aux services de soins et de santé mentale destinés aux personnes âgées.

Les données quantitatives sont importantes, mais des données qualitatives seront nécessaires pour que les expériences que les données numériques ne peuvent révéler puissent être prises en considération dans la prestation des services. La qualité des données peut être améliorée si les groupes IRRER participent à tous les aspects du développement des connaissances, de la conception de l'enquête jusqu'à l'analyse et à la présentation.

Les données en soi ne changent pas les services. Elles devront être utilisées de façon intelligente et être transmises aux décideurs de même qu'à ceux qui planifient et gèrent les services si on veut qu'elles soient utiles.

Compte tenu des aspects complexes liés aux données, il est possible que certaines régions n'aient pas l'expertise nécessaire pour analyser les données interculturelles ou tenir compte des conclusions de la documentation concernant les risques ou les modèles de services appropriés. Pour les aider en de telles situations, un groupe d'experts national indépendant d'assurance de la qualité, comprenant des membres des communautés IRRER et dont le mandat serait de fournir une aide technique, pourrait être mis sur pied. L'expertise proviendrait des différentes régions du Canada et serait fournie par l'entremise d'un centre virtuel. Celui-ci devrait être directement lié à la communauté de même qu'à l'expertise universitaire. Le groupe pourrait aussi aider les régions à produire les données sur les besoins nécessaires à leurs plans.

Le développement des connaissances sur la diversité de la communauté servie et les données peuvent être utilisés pour surveiller l'accès aux services et l'utilisation de ceux-ci. Cette façon de faire permettrait d'aider les prestataires de services à examiner les plans et les améliorations de services les plus appropriés et les organismes de financement à s'assurer que leurs communautés diversifiées sont bien servies. Un cadre de responsabilisation et de rétroaction sera nécessaire pour veiller à ce que les plans soient mis en œuvre comme prévu.

Des services spéciaux sont mis sur pied partout au Canada, sans aucun plan clair et sans données. D'excellents services ont été mis en place de cette façon. Toutefois, il n'est pas évident que les services mis sur pied dans une région donnée découlaient d'une intervention coordonnée.

En outre, le processus de planification, s'il est utilisé de façon créative, permettra peut-être un changement durable dans les relations, lequel favorisera l'établissement d'une structure profitable pour les améliorations futures et les interactions avec les groupes IRRER dans d'autres sphères.

Participation des communautés, des familles et des usagers

L'amélioration des services de santé mentale ne dépend pas seulement des données et de la connaissance du profil démographique de la population; elle exige aussi une compréhension des

points de vue de la population à l'égard de la prestation des services. Le fait de connaître les points de vue de tous les intervenants peut améliorer l'efficacité des services.

Les idées peuvent varier en ce qui concerne les intervenants qui devraient offrir les services, le lieu où ces services devraient être offerts et la configuration qui serait la meilleure pour ceux-ci. Les communautés et les gens ayant une expérience personnelle devraient participer au processus décisionnel.

De plus en plus, les services font appel à des modèles où les usagers et les familles participent activement à leur configuration.

À un autre niveau, une participation accrue des communautés pourrait réduire le chevauchement des services et offrir de nouveaux modèles plus efficaces de prestation des services. Le fait de diversifier les modèles de soins en encourageant les solutions locales adaptées à un groupe ethnique pourrait offrir un complément à une mesure d'amélioration des services destinés au grand public; l'objectif serait d'exploiter l'expertise des communautés, d'accroître leur efficacité et d'améliorer le filet social local.

La mise en place de réseaux d'usagers, de membres de la famille et de représentants de la communauté qui souhaitent améliorer les services constitue une étape importante. Le réseau peut servir d'intermédiaire pour l'échange de connaissances au sujet des besoins, des services offerts et des problèmes d'accès aux services. Faire participer les différentes communautés à la planification des services de santé et mettre en place des structures constitue aussi une façon d'étudier les besoins de groupes précis, comme les lesbiennes, gais, bisexuels, transsexuels, transgenres, bispituel, intersexuels, allosexuels et personnes qui s'interrogent sur leur identité sexuelle. Il est primordial que des processus précis soient mis en place pour s'assurer que toutes les voix sont entendues.

À l'ère de l'information, nous devons tenir compte de la transmission des connaissances. Non seulement les services doivent être mieux renseignés sur les communautés, mais le processus peut être utilisé pour faire mieux connaître les services aux communautés.

Pendant nos consultations, le manque de connaissances des services a été un thème récurrent.

Des services améliorés et plus appropriés

Un plan, les connaissances locales et la participation de la communauté sont des conditions préalables à la mise au point de services plus appropriés. Les mesures requises pour améliorer les services en santé mentale destinés aux groupes IRRER peuvent être classées en cinq groupes qui, conjointement, permettront de produire des services répondant aux besoins de la population IRRER.

1. Changement d'orientation
2. Amélioration au sein des services
3. Diversité accrue des traitements
4. Compétences linguistiques
5. Besoins liés à l'expérience

Changement d'orientation

En plus de l'élaboration de politiques visant à réduire l'incidence des déterminants sociaux de la santé et de certains facteurs de risque qui touchent les groupes IRRER, comme les répercussions de la migration, de la discrimination raciale et des obstacles linguistiques, l'orientation des

services devra changer de façon à inclure une approche de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

Les activités de promotion destinées aux groupes IREER peuvent être efficaces. Elles peuvent améliorer le cheminement vers les soins et réduire l'exposition aux risques. Pendant les consultations, certains participants ont déclaré que la stigmatisation était un problème particulier dans certains groupes IREER et que des campagnes spéciales de lutte contre celle-ci constitueraient un aspect important de toute stratégie.

Des stratégies créatives de promotion de la santé et de prévention pourraient être élaborées à l'intention de certains groupes, notamment des jeunes. Par exemple, il a été recommandé que les jeunes de la communauté somalienne soient formés en santé mentale, de façon à ce qu'ils puissent sensibiliser leur famille et la communauté³⁶.

Amélioration au sein des services

Pendant les consultations, un consensus a été établi sur le fait qu'il serait sans doute plus facile d'améliorer les services pour répondre aux besoins des groupes IREER si la main-d'œuvre était diversifiée et à l'image de la population qu'elle sert. Pour que des progrès soient réalisés à cet égard, la meilleure option consiste à améliorer la représentation à tous les niveaux, notamment en renforçant le leadership des prestataires de soins et des utilisateurs.

Améliorer la diversité du personnel et renforcer le leadership peut aider à transformer les services, mais des stratégies organisationnelles devront être mises en place en matière de compétence culturelle. Celles-ci permettront de mieux comprendre la communauté et de créer un milieu où un plus grand nombre de services appropriés pourront être mis en place.

La compétence culturelle de l'organisation se reflétera dans des aspects comme le milieu de travail, les politiques de l'organisation, y compris les politiques sur les relations interraciales, et l'attention portée à la réduction au minimum des obstacles structurels aux soins par la mise en place d'un réseau actif de partenaires communautaires.

En plus de la compétence culturelle de l'organisation, il faut que le personnel en soins directs et les autres employés qui entrent en contact avec la population soient plus compétents sur le plan culturel.

Il existe une vaste documentation sur la formation visant à améliorer la sensibilisation aux cultures et la compétence culturelle. Selon certaines données probantes, la formation peut changer les attitudes, les connaissances et les compétences au moment de traiter des personnes des groupes IREER^{83, 84}. Cependant, il y a peu de données sur les changements observés relatifs aux résultats. Deux facteurs sont en cause ici : le premier est le fait que les résultats ne sont pas mesurés, et le deuxième est le fait que pour que les connaissances, les attitudes et les compétences donnent de meilleurs résultats, il faut qu'il y ait, au sein d'une organisation, une structure qui permette et soutienne un changement de pratiques.

Le besoin de formation pour améliorer la capacité des prestataires de services à répondre aux besoins des divers groupes IREER a été soulignée avec insistance par les participants aux consultations, mais il devrait être clairement établi qu'une telle formation, en l'absence de stratégies d'amélioration des services et de l'organisation favorisant l'inclusion et la diversité, est peu susceptible d'améliorer l'expérience des groupes IREER relative aux services en santé mentale. Par exemple, dans une situation où les membres d'un groupe IREER ont de la difficulté à obtenir des services offerts dans un hôpital pour des raisons géographiques ou parce qu'ils ne connaissent pas les services offerts, la formation des employés est peu susceptible de faire une grande différence. Le personnel sera peut-être bien formé, mais les clients n'auront toujours pas

accès aux services. Il est aussi important de mentionner qu'il y a de nombreux types de formation et qu'elles ont principalement été évaluées à l'extérieur du Canada. Il n'y a pas encore de consensus sur les meilleurs types de formation pour tenir compte du contexte social précis, des niveaux d'immigration, des antécédents d'immigration et de la diversité des groupes IRER au Canada.

Diversité accrue des traitements, des prestataires et des établissements

La question du besoin d'une plus grande diversité dans la prestation des services en santé mentale a été l'un des thèmes importants de notre étude et de nos consultations. Les modèles de soins des différents groupes culturels doivent être reconnus, compris et respectés par le secteur des soins de santé. Les auteurs du rapport *De l'ombre à la lumière* ont reconnu qu'il fallait mieux comprendre les stratégies qui fonctionnent dans le domaine de la santé mentale des groupes IRER et diffuser ces connaissances. Des modèles de soins comprenant des services d'interprétation et de liaison culturelles ont été mis en place et constituent peut-être l'une des solutions en matière de services. Un peu partout au Canada, des prestataires offrent des services aux groupes IRER, et des services sont offerts dans la langue maternelle de ces groupes, mais ils sont isolés. De plus, certains ont exprimé le désir que les services soient offerts là où les gens le souhaitent (par exemple services centralisés, services en santé mentale dans des centres commerciaux, services pour les enfants dans les bureaux d'orientation des écoles). Compte tenu de la diversité de la population IRER, des différences au chapitre des changements démographiques et de l'urgence dans différentes régions, il est peu probable qu'il existe une solution unique aux modèles de services. Les connaissances sur l'élaboration et l'évaluation de nouveaux modèles de services peuvent accroître les choix dont les planificateurs disposent pour déterminer ce qui est possible dans leur région.

Compétences linguistiques

La langue est un obstacle aux bons soins. Comme il a été mentionné précédemment, environ 6,2 millions de Canadiens n'ont ni le français ni l'anglais comme langue maternelle. Par conséquent, l'élaboration d'une stratégie complète en matière de compétences linguistiques pourrait constituer un objectif clair d'amélioration des services. L'ampleur de la stratégie et l'équilibre à atteindre à cet égard peuvent varier d'une région à l'autre selon les besoins. Cependant, la stratégie pourrait inclure un soutien linguistique à un certain nombre de niveaux, y compris une approche en matière de langage clair et simple pour ceux qui parlent le français ou l'anglais, et des services d'interprétation, de traduction et d'interprétation culturelle pour ceux qui parlent d'autres langues. La signalisation, la documentation et les dépliants d'information devraient être traduits afin de répondre aux besoins de la population. Ces services sont offerts dans le système de santé ou de santé mentale de très peu d'administrations au Canada, bien qu'ils y soient offerts dans le système de justice.

De telles stratégies pourraient nécessiter de former les praticiens pour qu'ils puissent travailler avec des interprètes. Les interprètes eux-mêmes pourraient avoir besoin d'une formation en santé mentale et d'une accréditation, et les praticiens bilingues auront besoin de soutien. Dans certains cas, on pourrait avoir recours à des services auxiliaires, comme l'interprétation à distance.

Établir des liens entre les besoins et l'expertise

Le pourcentage des groupes IRER varie d'une province ou d'une région à l'autre, ce qui pousse certains à croire que la mise en place de services spéciaux n'est ni possible ni importante sur le plan stratégique. Le défi consiste à trouver comment offrir des services de grande qualité dans les régions où il y a peu de personnes appartenant aux groupes IRER. Une solution possible serait que les régions plus peuplées ou ayant une expertise établissent des partenariats avec

des régions où les groupes IREER sont plus petits. Des centres d'excellence pourraient offrir des services ou des cliniques satellites, et des services de télé-médecine pourraient être offerts aux groupes IREER dans leur langue.

Il est possible de perfectionner les techniques et les ressources de cybersanté, notamment les traitements et la sensibilisation en ligne, de façon à les rendre plus accessibles aux groupes IREER. Il faudra aussi élaborer des stratégies qui ne dépendent pas de l'accès à un ordinateur, mais qui pourraient tirer parti de la technologie des téléphones intelligents ou ordinaires. L'objectif central de ces approches est de permettre aux gens d'avoir accès à l'information et à l'expertise pertinentes et de mettre en lien les organisations qui possèdent l'expertise et celles qui trouvent difficile d'offrir certains services parce que leurs populations sont trop petites pour permettre la mise en place et le maintien de services de qualité.

Conclusion

Le présent document sur les enjeux et les options permet de penser que le principal élément de toute initiative visant à améliorer la santé mentale, à réduire le risque d'apparition de maladies et de troubles mentaux et à améliorer les résultats des soins destinés aux groupes IREER est l'élaboration d'un plan s'appuyant sur des données concernant ces populations particulières et sur la connaissance des besoins des communautés servies. Le plan porterait particulièrement sur l'amélioration des politiques et sur des interventions en santé publique axées sur la promotion de la santé et la prévention des maladies comme interventions visant l'amélioration des services. La portée exacte du plan dépendrait des besoins de la population et, bien sûr, des ressources disponibles. Le fait d'inclure les groupes IREER dans la planification contribuerait à la mise en place de services plus appropriés et permettrait d'établir des liens avec les services communautaires, de réduire le chevauchement des efforts et d'accroître la diversité, ce qui améliorerait la sensibilisation et l'accès. Grâce aux données et aux liens avec les communautés, les services pourraient tracer la voie vers le perfectionnement interne, notamment vers un changement touchant la formation et l'organisation en vue d'encourager les cliniciens à s'appuyer sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs compétences liées à leur savoir-faire culturel et de promouvoir l'accès et les partenariats. Il existe des îlots de bonnes pratiques un peu partout au Canada, même si nous n'avons pas trouvé de province, de territoire ou de région où les répondants ont affirmé que le système répond efficacement aux besoins en matière de services des populations IREER.

Recommandations pour l'amélioration des services

Afin d'être plus précis pour la Commission, les provinces, les territoires et les régions, nous avons formulé 16 recommandations pour l'amélioration des services. Ces recommandations aideront à la mise en œuvre du plan global en trois étapes décrit plus loin dans le présent rapport. Cependant, des régions pourraient décider de commencer par quelques mesures qu'elles peuvent prendre et de mettre en place, étape par étape, des services améliorés. D'autres mesures pourraient être prises à l'échelle nationale, dans le but de faciliter l'amélioration des services. Chacune des recommandations, qui ont été élaborées par le groupe de travail sur la diversité à partir de la documentation et des consultations, cible au moins un des principaux enjeux et, quand cela est possible, fournit un exemple de mise en œuvre ou d'élaboration d'une idée semblable au Canada. L'objectif est d'offrir aux parties intéressées des personnes-ressources potentielles en vue d'établir des partenariats.

Chaque recommandation est suivie de l'objectif ou des objectifs correspondants de la Stratégie nationale en matière de santé mentale. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de tout ce qui pourrait ou devrait être fait; le présent document ne se veut pas normatif. Les groupes locaux qui connaissent mieux les besoins de leurs populations peuvent trouver, sous chaque rubrique, des mesures précises qui permettent d'améliorer la situation dans leur région.

Les recommandations sont réparties en fonction des trois piliers décrits ci-dessous.

1. Coordination des politiques, des connaissances et des responsabilités

Recommandation 1 (objectifs 3 et 6)

Chaque province et territoire devrait inclure des stratégies et des mesures du rendement dans ses plans de santé mentale visant à répondre aux besoins des immigrants, des réfugiés et des groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER). Il pourrait être utile d'harmoniser ces stratégies avec la Stratégie nationale en matière de santé mentale en incluant des initiatives coordonnées spéciales de promotion de la santé mentale, de prévention de la maladie mentale et de mise en place de services adaptés et appropriés pour les populations IRER visées.

Exemple

- Les Alberta Health Services travaillent à l'élaboration d'une approche provinciale d'acquisition de compétences en matière de diversité. Parallèlement, le *Regional Diversity Directional Document*, approuvé par le Regional Diversity Advisory Committee de Calgary, sera utilisé pour expliquer clairement ce que les Alberta Health Services feront pour devenir une organisation de la santé ayant une bonne compétence en matière de diversité et un modèle pour d'autres organisations de la santé. En exposant en détail le plan intégré nécessaire au renforcement des compétences en matière de diversité, le document met en évidence la façon dont cette planification améliorera l'accès, atténuera les obstacles et améliorera l'expérience des diverses populations relativement au système de santé⁸⁵.

Recommandation 2 (objectifs 3 et 6)

Chaque province devrait recueillir des données sur la taille et les besoins en santé mentale de sa population IRER. Elle devrait planifier ses services en fonction de ces données sur la population.

Exemple

- www.albertasocialmapping.ca – Ce site utilise des données du Recensement et peut constituer un exemple de la façon de recueillir un grand nombre de données sur des groupes en particulier.

Recommandation 3 (objectifs 2 et 3)

La stratégie en matière de santé mentale de chaque province devrait envisager l'adoption d'un plan intersectoriel visant l'amélioration des déterminants sociaux associés aux risques de maladies et de troubles mentaux chez les groupes IRER.

Recommandation 4 (objectifs 3 et 6)

Un centre national virtuel de recherche sur la santé mentale et les maladies et troubles mentaux des groupes IRER devrait être mis sur pied. Ce centre pourrait procéder régulièrement à des recensements d'un jour de l'utilisation des services de soins en santé mentale et à une enquête sur les besoins des communautés à l'aide d'échantillons par province.

Exemple

- Aux États-Unis, l'Office for Minority Health dispose d'un site Web complet contenant de l'information détaillée au sujet des maladies (y compris les maladies mentales) qui touchent les groupes IRER. Le site contient aussi des renseignements statistiques, une grande bibliothèque virtuelle et de l'information au sujet de la compétence culturelle. Vous pouvez consulter ce site à l'adresse suivante : <http://www.omhrc.gov/>.

Recommandation 5 (objectif 6)

Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et les provinces et territoires devraient mettre sur pied un fonds de recherche et de développement pour les études visant à répondre à des politiques stratégiques et à des questions liées à la prestation de services en santé mentale aux groupes IRER. Par exemple, il existe un besoin urgent d'études canadiennes sur la définition et l'évaluation des systèmes de soins adaptés à la culture pour les enfants et les jeunes immigrants.

2. La participation des communautés, des familles et des usagers

Recommandation 6 (objectifs 3, 4 et 6)

La participation des communautés, des usagers et des familles IRER à la planification, à la prise de décisions, à la mise en œuvre et à l'évaluation doit constituer un élément central du plan de chaque province et région pour l'amélioration de la santé mentale des immigrants, des réfugiés et des groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER).

3. Services améliorés et plus appropriés

Recommandation 7 (objectifs 3 et 4)

Les bailleurs de fonds de la santé devraient exiger que les prestataires de services prennent des mesures pour attirer une main-d'œuvre plus diversifiée et évaluent dans quelle mesure cette main-d'œuvre reflète les communautés servies.

Recommandation 8 (objectif 3)

Les organisations qui fournissent des services et les ministères provinciaux devraient élaborer des stratégies permettant aux bons candidats des groupes IRER d'avoir accès à des postes de direction appropriés au sein de leur organisation.

Recommandation 9 (objectifs 3 et 5)

Chaque prestataire de services devrait être doté d'une stratégie organisationnelle en matière de compétence culturelle.

Recommandation 10 (objectifs 3 et 5)

De la formation en matière de compétence culturelle devrait être offerte à tous ceux qui travaillent directement avec les clients et au personnel en poste dans toutes les organisations de services. La formation devrait comprendre des consultations et des analyses de cas interactives.

Recommandation 11 (objectif 3)

La formation en matière de compétence culturelle devrait devenir une composante normale de la formation de tous les professionnels des soins. Elle devrait être garantie par les normes d'accréditation des programmes et des établissements de formation et par les professions exigeant une autorisation d'exercer.

Recommandation 12 (objectifs 3 et 5)

Les provinces et territoires devraient encourager la diversité des organisations qui fournissent des soins, des modèles de soins utilisés et des endroits où les soins sont offerts dans le but de répondre aux besoins en santé mentale des groupes IRER.

Recommandation 13 (objectifs 3 et 5)

Il faudrait élaborer et mettre en œuvre une stratégie de transmission des connaissances pour les pratiques prometteuses de prestation de soins aux groupes IRER, de façon à ce que les modèles les plus efficaces soient connus des prestataires et mis en place par ceux-ci.

Exemple

- Le Centre de ressources multiculturelles en santé mentale est un site Web qui offre des ressources conçues pour les patients, les familles, les organismes communautaires, les professionnels et les planificateurs des services de santé. Vous pouvez le consulter à l'adresse suivante : <http://www.mcgill.ca/mmhrc/>.

Recommandation 14 (objectifs 3 et 5)

Il devrait être obligatoire pour les prestataires de services locaux ou régionaux d'avoir une stratégie en matière de compétences linguistiques, et leurs bailleurs de fonds devraient leur fournir du financement à cette fin.

Exemples

- La Colombie-Britannique offre des services d'interprétation à tous ceux qui en font la demande.
- L'Alberta offre le service *Language Line* grâce auquel les personnes peuvent avoir accès à des services d'interprètes qui ne sont pas de la région – dans le but de protéger la confidentialité.
- Les employés des Alberta Health Services passent des examens pour devenir des interprètes accrédités.
- Eastern Health (la plus importante autorité régionale de santé de Terre-Neuve-et-Labrador) reçoit du financement pour fournir des services d'interprétation.

Recommandation 15 (objectifs 3 et 6)

Un centre d'excellence virtuel dans le traitement et le soutien des immigrants et des groupes IRER devrait être mis sur pied. Il compterait des représentants de chaque province, et tous les ministères provinciaux de la Santé pourraient s'y joindre. Ce centre faciliterait l'accès aux soins pour les groupes IRER grâce à l'échange des connaissances et de l'expertise. Il faciliterait aussi la résolution et l'analyse des problèmes associées à l'autorisation d'exercer.

Exemple

- Alberta Health Services — Il existe déjà un centre virtuel pour la toxicomanie et la santé mentale sur lequel cette initiative pourrait s'appuyer. Il s'agit du *Virtual Research Centre : Alberta Research and Innovation Centre* pour la transmission des connaissances en santé mentale. Ce mandat pourrait être élargi afin d'inclure les groupes IRER.

Recommandation 16 (objectifs 3, 5 et 6)

La CSMC pourrait mettre sur pied un projet semblable au projet pilote national pour les sans-abri dans le but de planifier, de documenter et d'évaluer les pratiques prometteuses d'élaboration de stratégies en matière de diversité dans au moins cinq communautés du pays. Les initiatives seraient rigoureusement évaluées. Cette approche permettrait d'enrichir la base de données probante du Canada et du reste du monde et de définir les obstacles pratiques à la mise en place de services destinés aux groupes IRER et les éléments qui la facilitent. Les projets auraient une fonction de renforcement de la capacité, formeraient des groupes de champions de différentes disciplines et de différents secteurs (notamment des services offerts par des pairs, des services bénévoles communautaires et des services destinés au grand public). Ces champions offriraient à leur tour leur soutien et leur expertise à ceux qui entreprendraient de mettre en place des services améliorés pour les groupes IRER.

Exemples

Vous trouverez de l'information au sujet du projet pilote sur les sans-abri sur le site Web suivant : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Litinerance.aspx>.

Sites de mise en œuvre ciblés du projet *Delivering Race Equality* (garantir l'égalité entre les races) des services en santé mentale du Royaume-Uni : <http://www.mentalhealthequalities.org.uk/our-work/delivering-race-equality/dre-fis-reports/>.

Annexe A : Recommandations du rapport *Puis... La porte s'est ouverte*

	Recommandation	Résultat
1	La CEIC élabore, en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les associations ethnoculturelles, une série de programmes multilingues d'orientation prémigratoire et les offre dans les camps de réfugiés et les ambassades du Canada à l'étranger. (Chapitre 2, p. 27)	<ul style="list-style-type: none"> • En 1998, CIC a mis en œuvre le programme Orientation canadienne à l'étranger. <ul style="list-style-type: none"> ○ Séances gratuites. ○ Offert à l'étranger. ○ Fourni en partenariat avec l'OIM. ○ Plus de 60 pays y ont participé. ○ Offert par l'entremise des bureaux locaux des visas et des camps de réfugiés. ○ L'information concerne entre autres la santé et l'intégration à la société canadienne. ○ La formation dure d'un à cinq jours, selon les besoins du migrant. ○ Des gens de l'endroit ou qui travaillent sur place fournissent de l'orientation. ○ Cela se fait bénévolement. ○ Des statistiques de base ont été demandées sur le nombre de participants. ○ Le projet est financé par CIC.
2	La CEIC accélère la révision des critères d'admission pour les adapter à une définition plus large de la famille et change les procédures d'admission pour que les familles puissent être rassemblées plus rapidement. (Chapitre 2, p. 26)	<ul style="list-style-type: none"> • Le terme « famille » est défini par la loi. • Il existe un processus accéléré pour les personnes appartenant à la catégorie « regroupement familial ». • Les immigrants qui ont des problèmes de santé coûteux ou qui sont en phase terminale ne sont pas admis au pays – les membres de la catégorie « regroupement familial » et les réfugiés sont exclus de cette exigence.
3	La CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État assurent le financement de base du fonctionnement à long terme des organismes de services aux immigrants. (Chapitre 2, p. 26)	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir du financement aux organisations de services. • Fournir du financement aux centres d'accueil et d'établissement.

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants (PEAI). ○ Programme Cours de langue pour les immigrants au Canada (CLIC). ○ Les Cours de langue de niveau avancé (CLNA) appartiennent à cette catégorie. ○ Le Programme fédéral de santé intérimaire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ fournit une certaine interprétation pour les visites liées à la santé; ▪ est très précis et exige une approbation préalable; ▪ est entièrement organisé par les prestataires de services. ▪ CIC envisage aussi de mettre sur pied un programme de services spécialisés (y compris des services en santé mentale). ● CIC n'offre pas de formation pour les traducteurs et les interprètes. ● Encourage l'établissement dans les régions où se trouvent les groupes culturels.
4	Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent et soutiennent la formation de groupes d'aînés et l'élaboration de programmes qui leur sont destinés dans les organismes de services aux immigrants, les centres communautaires à vocation générale et les associations ethnoculturelles. (Chapitre 11, p. 95)	
5	Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et le Conseil consultatif sur la situation de la femme élaborent et distribuent du matériel éducatif multilingue sur les droits et le rôle de la femme au Canada. Les organismes de services aux immigrants, les centres communautaires à vocation générale et les associations ethnoculturelles pourraient utiliser ce matériel pour animer des discussions. (Chapitre 10, p. 90)	

6	Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État, en collaboration avec leurs homologues provinciaux, veillent à ce que les programmes et l'environnement scolaires, les installations préscolaires et les garderies reflètent la diversité culturelle des enfants qui les fréquentent. (Chapitre 9, p. 84)	
7	Le Secrétariat d'État, en collaboration avec les ministères provinciaux de l'Éducation, encourage et soutient les conseils scolaires pour qu'ils adoptent des politiques multiculturelles de relations raciales semblables à celles qui ont déjà fait leurs preuves au niveau fédéral. (Chapitre 1, p. 16)	
8	La CEIC, le ministère des Communications et le Secrétariat d'État renseignent mieux le public sur les avantages du pluralisme culturel, la contribution des immigrants à la société canadienne, les difficultés auxquelles les nouveaux arrivés sont confrontés, et les effets des préjugés tant sur ceux qui en sont victimes que sur ceux qui les manifestent. (Chapitre 1, p. 16)	<ul style="list-style-type: none"> • Auparavant, ces activités étaient réalisées par Patrimoine canadien, mais elles seront probablement confiées à CIC dans un avenir rapproché. • Le site Web de CIC comprend des initiatives d'éducation du public ciblant des groupes précis. • Service central de Metropolis pour les initiatives pangouvernementales.
9	La CEIC assure à tous les immigrants et réfugiés l'égalité d'accès à l'apprentissage des langues officielles, que ces gens soient ou non destinés au marché du travail. Des allocations de formation de base devraient être octroyées quelle que soit la catégorie d'immigration à laquelle appartiennent les personnes qui font la demande de cours. (Chapitre 3, p. 34)	<ul style="list-style-type: none"> • CLIC <ul style="list-style-type: none"> ○ Accessible à tous ○ Accès par l'entremise du bureau local de CIC ○ Organismes de services frontaliers ○ Par l'entremise des prestataires de services • CIC ne fournit pas de services directement aux écoles — les prestataires de services le font.
10	La CEIC, en collaboration avec le Secrétariat d'État, assouplit les programmes d'apprentissage des langues officielles en tenant compte du niveau linguistique exigé, des objectifs des cours, de la durée des programmes, des horaires de cours et de l'endroit où les classes sont situées. (Chapitre 3, p. 34)	<ul style="list-style-type: none"> • Cours de langue de niveau avancé <ul style="list-style-type: none"> ○ Ce cours est conçu spécialement pour la formation d'introduction au marché du travail. • Site Web de Service Canada • Site Web de CIC
11	La CEIC, le ministère du Travail et le Secrétariat d'État entament des négociations avec leurs homologues provinciaux pour établir	<ul style="list-style-type: none"> • RHDCC <ul style="list-style-type: none"> ○ Joue un rôle dans la plupart de ces enjeux.

	des critères et des lignes directrices à mettre en œuvre pour que les personnes formées à l'extérieur du Canada puissent y pratiquer leurs professions et métiers. (Chapitre 4, p. 41)	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers. • Collaboration entre de nombreux ministères et avec les organismes nationaux d'attribution des permis. • CIC facilite ces procédures et siège aux comités pertinents.
12	Santé et Bien-être social Canada, avec la participation des associations professionnelles, des services administratifs et des organismes de services aux immigrants, met sur pied un organisme consultatif national qui serait chargé de coordonner et de surveiller les services sociaux, ainsi que les services de santé et de santé mentale offerts aux minorités ethniques. (Chapitre 6, p. 63)	
13	Santé et Bien-être social Canada invite les intéressés à soumettre des propositions d'organisation de modules de formation transculturelle dans les domaines de l'éducation, de la médecine familiale, des sciences infirmières, de la psychiatrie, de la psychologie et du travail social. (Chapitre 7, p. 70)	
14	Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et leurs homologues provinciaux encouragent les institutions d'études supérieures à conférer un caractère prioritaire à la formation interculturelle, particulièrement pour les étudiants dans les disciplines suivantes : en éducation, en médecine, en sciences infirmières, en psychiatrie, en psychologie et en travail social. (Chapitre 7, p. 70)	
15	Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent tous ceux qui financent des services sociaux et de santé à exiger que les associations et organismes qui soumettent des demandes de financement prouvent qu'ils s'efforcent de rendre leurs services accessibles aux minorités ethniques et qu'ils démontrent l'efficacité de ces efforts. (Chapitre 6, p. 62)	

16	Santé et Bien-être social Canada accorde une certaine priorité aux immigrants et réfugiés ainsi qu'aux problèmes multiculturels lorsqu'il distribue des subventions pour la promotion de la santé, la recherche et les autres activités vouées au mieux-être de la population. (Chapitre 6, p. 63)	
17	Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les associations ethnoculturelles, élabore du matériel éducatif multilingue sur les conséquences psychologiques de l'émigration et sur les ressources disponibles pour les soins mentaux. Santé et Bien-être social Canada devrait fournir ce matériel aux ministères provinciaux de la Santé et aux organismes de services aux immigrants afin qu'ils les distribuent dans les services de première ligne et par l'intermédiaire des médias ethniques. (Chapitre 5, p. 55)	
18	Santé et Bien-être social Canada et ses homologues provinciaux encouragent tous les organismes de services sociaux, de soins de santé et de santé mentale à élargir, par l'adoption de politiques d'égalité d'accès à l'emploi, l'embauche de personnel issu de minorités ethniques. (Chapitre 8, p. 75)	
19	Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent les comités d'admission des programmes de formation en services sociaux, en soins de la santé et de la santé mentale à reconnaître comme un atout la maîtrise d'une langue non officielle et l'intention de travailler avec une clientèle qui parle cette langue. (Chapitre 8, p. 74)	
20	Santé et Bien-être social Canada encourage les services provinciaux de soins de santé mentale à embaucher des spécialistes de la santé mentale pour les organismes importants de services aux immigrants. (Chapitre 5, p. 55)	
21	Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé et les organismes de services	

	aux immigrants, élabore un programme de formation d'interprètes pour les services de soins de santé mentale. Les organismes de services aux immigrants et les ministères provinciaux de la Santé devraient recevoir ce programme pour pouvoir l'utiliser dans le cadre des cours financés par Santé et Bien-être social Canada. (Chapitre 5, p. 55)	
22	Santé et Bien-être social Canada soutient la recherche et les initiatives visant la promotion de la santé afin de bien identifier les conséquences psychologiques de la torture et d'élaborer des méthodes de traitement efficaces pour les rescapés de la torture et leurs familles. (Chapitre 12, p. 100).	
23	Santé et Bien-être social Canada encourage les services provinciaux de la santé mentale à accorder une attention spéciale au financement d'installations pour la réadaptation et l'intégration des groupes ethniques particuliers. (Chapitre 5, p. 55)	
24	<p>La CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent, à différents endroits au Canada, trois centres d'excellence consacrés aux recherches sur les questions touchant la santé mentale des migrants. Ces centres auraient pour fonction de concevoir et de réaliser des études empiriques sur des sujets comme les effets des attitudes négatives sur la santé mentale; la santé mentale des enfants et des femmes d'immigrants, ainsi que des personnes âgées et des personnes ayant vécu le stress de situations catastrophiques; l'incidence des facteurs culturels sur l'évaluation, le traitement et la réadaptation des malades mentaux.</p> <p>De plus, ces centres participeraient à l'évaluation de nouveaux modèles de soins. Chaque centre devrait recevoir un financement assuré pour un noyau de personnel interdisciplinaire d'au moins cinq membres, quatre bourses de recherche postdoctorales ainsi que deux bourses d'études pré-doctorales. Des immigrants, des réfugiés et des membres des groupes ethniques les plus récemment installés au Canada devraient être recrutés pour occuper une proportion significative du nombre des places</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Principal bailleur de fonds de Metropolis pour la recherche et le développement dans le domaine de l'immigration. <ul style="list-style-type: none"> ○ Rédaction de politiques d'intérêt public du point de vue du gouvernement fédéral. • CIC finance directement certaines organisations (p. ex. le centre de traumatologie de Montréal). • CIC joue un rôle actif, surtout auprès des réfugiés. • Installation des réfugiés directement là où la famille ou le groupe culturel se trouve — il s'agit d'un processus appelé « détermination de la destination ».

	<p>d'employés et de stagiaires.</p> <p>On devrait financer des projets pilotes de recherche. Pour la recherche à grande échelle, les centres devraient soumettre leurs demandes de financement par les voies régulières.</p>	
25	<p>La CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent à différents endroits au Canada au moins trois centres d'excellence pour la formation interculturelle. En plus de former des étudiants et des praticiens dans le domaine des services sociaux et de la santé, ces centres devraient former les personnes devant à leur tour éduquer ceux qui sont en contact avec les immigrants : conseillers à l'emploi, professeurs de langue seconde et avocats. Les centres devraient aussi effectuer des sondages périodiques pour déterminer comment la sensibilisation aux problèmes culturels est introduite dans les programmes de formation en soins de la santé mentale au Canada et comment ceux-ci déterminent les qualifications requises pour obtenir un permis de pratiquer.</p> <p>Le financement devrait permettre à ces centres d'offrir des bourses d'études pour la formation d'individus appartenant à diverses disciplines et occupations, d'immigrants, de réfugiés et de membres des groupes ethniques les plus récents au Canada. Le financement de lancement devrait aussi être prévu pour que ces centres soient capables d'élaborer des projets pilotes visant à tester des modèles innovateurs de services et de nouveaux projets de recherches et de démonstration. Pour les études à plus long terme, les centres devraient soumettre leurs demandes de financement par les voies régulières.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La question n'a pas été réglée par la création de centres d'excellence. • Le PEAI fournit une certaine aide en matière de parrainage — sans lien avec la santé. • CIC ne forme pas directement les Canadiens. • Parmi les prestataires de services, mentionnons les ONG locales.
26	<p>La CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent un centre unique de renseignements informatisés pour recueillir, coordonner et disséminer les résultats de recherches et d'évaluations, ainsi que les descriptions de programmes de services et de formation destinés aux migrants et aux membres des minorités ethniques du Canada. L'information devrait être recueillie et mise à la disposition de ministères, d'associations professionnelles, d'organismes communautaires à</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metropolis est un réseau d'accès public même si une permission est nécessaire pour avoir accès à la plupart des ensembles de données. • Metropolis est un organisme international — il est établi au Canada depuis 1995. <ul style="list-style-type: none"> ○ Actuellement, il dispose notamment de 7,5 millions de dollars de financement sur cinq ans pour la recherche sur la

	<p>vocation générale et d'organismes de services aux immigrants, d'établissements d'enseignement et d'organisations ethniques. Idéalement, le financement devrait non seulement contribuer à faire connaître les sources précises d'information, mais aussi veiller à la dissémination de résumés officiels de résultats de recherches.</p>	<p>mondialisation et la diversité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIC a une direction générale chargée de la recherche et de l'évaluation. <ul style="list-style-type: none"> ○ Elle peut fournir directement du financement. ○ Elle s'intéresse principalement à l'élaboration de politiques internes. • Site Web de CIC <ul style="list-style-type: none"> ○ Données et statistiques de base
27	<p>Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État créent un comité consultatif national chargé de les conseiller sur la mise en œuvre des recommandations du Groupe de travail et de la surveiller.</p> <p>On exhorte constamment le gouvernement, les spécialistes des services, les planificateurs et les chercheurs à rendre les programmes préventifs et les services thérapeutiques plus sensibles et appropriés relativement aux différences culturelles. Bien que l'information requise pour l'élaboration de programmes existe, il reste à combler de grandes lacunes dans les domaines pratique et théorique. D'ici à ce que ces lacunes soient comblées, la meilleure volonté du monde ne suffira pas à répondre aux problèmes soumis au Groupe de travail. Comme le disait le directeur des services aux patients externes de l'hôpital Camp-Hill, de Halifax :</p> <p>« Cela me laisse avec l'impression, difficile à expliquer, que dans la région le problème est plus important qu'on ne se l'imagine. Toutefois, à ce stade, je ne vois guère comment adapter les services actuels aux problèmes qui nous préoccupent. » (Mémoire : Teehan)</p>	

Annexe B : Renvois vers les options ou recommandations et les objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale⁴ liée aux enjeux

Enjeux	Options ou recommandations	Objectif de la Stratégie nationale en matière de santé mentale
La population du Canada est de plus en plus diversifiée. L'ensemble des provinces et des territoires connaîtront des changements démographiques au sein de leurs populations IRER qui pourraient exiger des mesures en matière de services en santé mentale.	1, 3	3
Les difficultés démographiques seront différentes étant donné que certaines régions comptent une importante population IRER ayant besoin de services, que d'autres ont de petites populations et que d'autres encore ont des populations qui augmentent très rapidement.	2	3
Il existe un lien entre un éventail de facteurs sociaux et les maladies et troubles mentaux. Les groupes IRER sont davantage exposés aux déterminants sociaux de la santé figurant sur la liste actuelle de l'ASPC. Les groupes IRER sont plus exposés à de nouveaux déterminants sociaux, comme la migration, la discrimination et les difficultés linguistiques. Les répercussions des déterminants sociaux peuvent être complexes; par exemple, la discrimination a une incidence directe sur la psychologie et la physiologie d'une personne et a aussi des liens avec d'autres déterminants sociaux de la santé à l'échelle du groupe. Les forces sociales qui amènent les gens à suivre le cheminement descendant de l'équilibre à l'apparition de maladies et de troubles mentaux sont plus présentes au sein de certaines populations IRER, et celles qui poussent les personnes vers l'équilibre, comme le soutien social, sont moins présentes en raison de leur statut social au Canada.	3	2, 3, 6
Les taux de maladies et de troubles mentaux au sein des groupes IRER au Canada sont variables.	1, 2, 3, 4	3
Les groupes IRER sont souvent considérés comme constituant une seule population, ce qui peut donner une image inexacte des taux de maladies et de troubles mentaux au sein des divers groupes. Les études internationales montrent que les groupes des immigrants et des réfugiés présentent un risque accru de maladies et de troubles mentaux. Les études locales au Canada signalent des taux élevés de maladies et de troubles mentaux chez	2, 3, 4	3

⁴ Les objectifs de la CSMC sont énoncés à l'annexe C.

certains groupes IRER.		
Les taux de maladies mentales sont faibles chez les groupes d'immigrants à leur arrivée au Canada, mais ils augmentent au fil du temps, tout comme les comportements à risque.	3	1, 2, 3, 4
Un certain nombre de facteurs, comme la connaissance des services, la stigmatisation, les facteurs socioéconomiques, la discrimination perçue et la langue, constituent des obstacles potentiels au traitement pour les groupes IRER. Les obstacles structurels, comme la discrimination institutionnalisée, font en sorte que les groupes IRER sont moins susceptibles d'obtenir le traitement dont ils ont besoin.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	3, 5
Même si les services d'interprètes sont obligatoires dans le système de justice, c'est rarement le cas dans le système de santé, ce qui peut faire en sorte que des membres de la famille ou des employés non qualifiés agissent comme interprètes.	14	3
La confiance dans le système, la compétence culturelle des services et la collaboration entre les prestataires de services peuvent aider à surmonter les obstacles au traitement.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 13	3, 5
La promotion de la santé adaptée à l'origine ethnique et la diversité des services, notamment des méthodes parallèles, ont été mentionnées par certaines communautés comme étant des éléments qui facilitent le traitement.	12,13	3
La documentation universitaire canadienne sur les initiatives en matière d'orientation stratégique, de services ou d'éducation visant à améliorer les soins en santé mentale destinés aux groupes IRER est incomplète.	4, 5, 13, 15, 16	6
L'intervention stratégique fédérale portait principalement sur la minorité de Canadiens des groupes IRER qui sont de nouveaux immigrants ou des réfugiés. Selon les données disponibles, des mesures ont été prises pour seulement 6 des 27 recommandations formulées dans le rapport <i>Puis... La porte s'est ouverte</i> .	15, 16	6
Le rapport sénatorial mettait l'accent sur la nécessité de réaliser des études canadiennes pour recenser et évaluer les systèmes de soins adaptés aux cultures des populations immigrantes.	13, 15	3, 6

Annexe C : Objectifs de la Stratégie nationale en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale

1. Les personnes de tout âge vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont activement engagées et appuyées dans leur processus de rétablissement et d'atteinte du bien-être.
2. La promotion de la santé mentale est favorisée et les troubles mentaux ainsi que les maladies mentales sont évités lorsque c'est possible.
3. Le système de santé mentale répond aux besoins variés de toutes les personnes qui vivent au Canada.
4. Le rôle des familles dans la promotion du bien-être et la prestation de soins est reconnu, et leurs besoins sont pris en compte.
5. Les personnes ont un accès équitable et opportun à des programmes, des services, des traitements et des formes de soutien appropriés, efficaces et véritablement intégrés qui tiennent compte de leurs besoins.
6. Les mesures prises sont fondées sur diverses sources de connaissances et de données probantes, les résultats sont mesurés et la recherche progresse.
7. Les personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont entièrement intégrées à titre de membres de la société.

Bibliographie

¹ Zechmeister, I., Kilian, R., & McDaid, D. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC.Public Health*, 8, 20.

² Statistique Canada. (2008). *La mosaïque ethnoculturelle du Canada, Recensement de 2006*. N° 97562XIF2006001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, 2 avril. Série « Analyses », Recensement de 2006. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-562/pdf/97-562-XIF2006001.pdf> (consulté le 10 octobre 2008)

³ Statistique Canada. (2008). Groupes de population (28), groupes d'âge (8), sexe (3) et certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la population active, de la scolarité et du revenu (309), pour la population totale, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %) (tableau). Produits de données : Profil d'intérêt spécial : Origine ethnique et minorités visibles. N° 97564X2006009 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, 9 décembre 2008. <http://www12.statcan.ca/english/census06/data/profiles/sip/Index.cfm> (consulté le 11 décembre 2008)

(Hyperlien périmé. Hyperlien proposé : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/sip/Index-eng.cfm>)

⁴ Statistique Canada. (2007). *Population selon le statut d'immigrant et la période d'immigration, chiffres de 2006, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %) (tableau). Immigration et citoyenneté - Faits saillants en tableaux, Recensement de 2006*. N° 97557XWF2006002 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, 4 décembre.

<http://www12.statcan.ca/english/census06/data/highlights/Immigration/Index.cfm?Lang=E> (Hyperlien périmé. Hyperlien proposé : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-557/Index-eng.cfm>) (consulté le 8 septembre 2008)

⁵ Cantor-Graae, E. (2007). The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *Rev. can. psychiat.* = *Can.J.Psychiatry*, 52, 277-286.

⁶ Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294, 602-612.

⁷ Fornazzari, F. and M. Freire. (1990). Women as victims of torture. *Acta Psychi Scand*, 82, 257-260.

⁸ Williams, C. (2001). Increasing access and building equity into mental health services: An examination of the potential for change. *Revue canadienne de santé mentale communautaire = Can J Comm Men Heal*, 20, 37-51.

⁹ Britten, N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *BMJ*, 311, 251-253.

¹⁰ Agence de la santé publique du Canada (2004). Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/01_aperçu_f.pdf.

¹¹ Clarke, D. E., Colantonio, A., Rhodes, A. E., & Escobar, M. (2008). Pathways to suicidality across ethnic groups in Canadian adults: the possible role of social stress. *Psychol.Med.*, 38, 419-431.

¹² Statistique Canada. (2001). *Certaines caractéristiques du revenu (35), groupes d'âge (6), sexe (3) et groupes de minorités visibles (15) pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement, recensement de 2001 – Données-échantillon (20 %) (tableau). Tableaux thématiques : Portrait ethnoculturel du Canada*. N° 97F0010XCB2001047 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa.

<http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/standard/themes/DataProducts.cfm?S=1> (consulté le 24 octobre 2008)

¹³ Hyman, I. Forte, T., Du Mont, J., Romans, S., Cohen, M. (2006). The association between length of stay in Canada and intimate partner violence among immigrant women. *Res Prac*, 96, 654-659.

¹⁴ Beiser, M. & Wickrama, K. A. (2004). Trauma, time and mental health: a study of temporal reintegration and Depressive Disorder among Southeast Asian refugees. *Psychol.Med.*, 34, 899-910.

¹⁵ Beiser, M., Hou, F., Hyman, I., & Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *Am.J.Public Health*, 92, 220-227.

¹⁶ Dunn, J. R. & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc.Sci.Med.*, 51, 1573-1593.

-
- ¹⁷ Mechakra-Tahiri, S. (2007) Self-rated health and postnatal depressive symptoms among immigrant mothers in Quebec. *Women Health*, 45(4), 1-17.
- ¹⁸ The Sabawoon Afghan Family Education (SAFE) and Counselling Centre. (2003). *Exploring the mental health needs of Afghans in Toronto*. CERIS, Spring issue.
- ¹⁹ Tang, T. N., Oatley, K., & Toner, B. B. (2007). Impact of life events and difficulties on the mental health of Chinese immigrant women. *J. Immigr. Minor. Health*, 9, 281-290.
- ²⁰ Wasik, A. (2006). *Economic insecurity and isolation: Post-migration traumas among Black African refugee women in the Greater Vancouver Area*. CERIS – British Columbia Metropolis.
- ²¹ Pottie K, Brown, JB, Dunn S. (2005). The Resettlement of Central American Men in Canada: From Emotional Distress to Successful Integration. *Refuge* ; 22(2):101-111.
- ²² Beiser, M., Johnson, P. J., & Turner, R. J. (1993). Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast Asian refugees. *Psychol. Med.*, 23, 731-743.
- ²³ Berman, H., Mulcahy, G., Forchuk, C., Edmunds, K., Haldency, A., Lopez, R. (2009). Uprooted and displaced: A critical narrative study of homeless, aboriginal, and newcomer girls in Canada. *Iss Men Health Nurs*, 30, 418-430.
- ²⁴ Dyck, I. (2004). *Immigration, place and health: South Asian women's accounts of health, illness, and everyday life*. Research on Immigration and Integration in the Metropolis, No. 04-05.
- ²⁵ Ahmad, F., Shik, A., Vanza, R., Cheung, A. M., George, U., & Stewart, D. E. (2004). Voices of South Asian women: immigration and mental health. *Women Health*, 40, 113-130.
- ²⁶ Statistique Canada. (2008). *Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006*. N° 97560XIF2006001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, 4 mars. Série « Analyses », Recensement de 2006. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-560/pdf/97-560-XIF2006001.pdf> (consulté le 17 octobre 2008)
- ²⁷ Chen, A., Kazanjian, A., Wong, H. (2008). Determinants of mental health consultations among recent Chinese immigrants in British Columbia, Canada: Implications for mental health risk and access to services. *J Imm Min Health*, 10, 529-540.
- ²⁸ Statistique Canada. (2008). *Gains et revenus des Canadiens durant le dernier quart de siècle, Recensement de 2006*. N° 97563XIF2006001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, 1^{er} mai. Série « Analyses », Recensement de 2006. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-563/pdf/97-563-XIF2006001.pdf> (consulté le 10 octobre 2008)
- ²⁹ Rodriguez, E., Frongillo, E. A., & Chandra, P. (2001). Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States. *Int.J.Epidemiol.*, 30, 163-170.
- ³⁰ Enang, J. (2001). *Black women's health: A synthesis of health research relevant to Black Nova Scotians*.
- ³¹ Ahmad, F., Shik, A., Vanza, R., Cheung, A. M., George, U., & Stewart, D. E. (2004). Voices of South Asian women: immigration and mental health. *Women Health*, 40, 113-130.
- ³² Newbold, B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: Evidence from LSIC. *Eth Health*, 14, 315-336.
- ³³ Clarke, D. E., Colantonio, A., Rhodes, A. E., & Escobar, M. (2008). Pathways to suicidality across ethnic groups in Canadian adults: the possible role of social stress. *Psychol. Med.*, 38, 419-431.
- ³⁴ Hyman, I., Beiser, M., and Vu, N. (1996). The mental health of refugee children in Canada. *Refuge*, 15(5), 4-8.
- ³⁵ Khanlou, N., Beiser, M., Cole, E., Freire, M., Hyman, I., & Kilbride, K. M. (2002). Promotion de la santé mentale des jeunes immigrantes : expériences et estime de soi post-migratoires. Ottawa (Ont.), Condition féminine Canada.
- ³⁶ Elmi, A. (1999) *A study on the mental health needs of the Somali Community in Toronto*. York Community Services and Rexdale Community Health Centre.
- ³⁷ Dewitt, B. (2007). *Toward equitable health and health services for Cambodian refugee women: an ethnographic analysis*.
- ³⁸ Kafele, K. (2004). *La discrimination raciale et la santé mentale : les communautés racialisées et autochtones*.
- ³⁹ Noh, S., Kaspar, V., & Wickrama, K. A. (2007). Overt and subtle racial discrimination and mental health: preliminary findings for Korean immigrants. *Am.J Public Health*, 97, 1269-1274.
- ⁴⁰ Anisef, P. & Kilbride, K. (2000). *The needs of newcomer youth and emerging "best practices" to meet those needs*. Toronto: CERIS.

- ⁴¹ Statistique Canada (2006). Le portrait linguistique en évolution. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-555/pdf/97-555-XIF2006001.pdf>. Consulté le 1 août 2009, n° 97-555-XIF au catalogue
- ⁴² Li, H. Z. & Browne, A. J. (2000). Defining mental illness and accessing mental health services: perspectives of Asian Canadians. *Revue canadienne de santé mentale communautaire = Can.J Commun.Ment.Health*, 19, 143-159.
- ⁴³ Lai, D. W. & Chau, S. B. (2007). Predictors of health service barriers for older Chinese immigrants in Canada. *Health Soc.Work*, 32, 57-65.
- ⁴⁴ Sadavoy, J., Meier, R., & Ong, A. Y. (2004). Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Rev. can. psychiat. = Can.J.Psychiatry*, 49, 192-199.
- ⁴⁵ Lai, D. and Surood, S. (2008). Predictors of depression in aging South Asian Canadians. *J Cross Cult Gerontol*, 23, 57-75.
- ⁴⁶ Cantor-Graae, E., Zolkowska, K., & McNeil, T. F. (2005). Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmo: a 3-year first-contact study. *Psychol.Med.*, 35, 1155-1163.
- ⁴⁷ Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J.Affect.Disord.*, 97, 229-239.
- ⁴⁸ Sharpley, M., Hutchinson, G., McKenzie, K., & Murray, R. M. (2001). Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. Review of current hypotheses. *Br.J.Psychiatry Suppl*, 40, s60-s68.
- ⁴⁹ Ali, J. (2002). *La santé mentale des immigrants au Canada*. Supplément aux Rapports sur la santé, volume 13. Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.
- ⁵⁰ Hamilton, H. A., Noh, S., & Adlaf, E. M. (2009). Adolescent risk behaviours and psychological distress across immigrant generations. *Rev. can. santé publique = Can.J.Public Health*, 100, 221-225.
- ⁵¹ Tousignant, M. (1999). The Quebec adolescent refugee project: Psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38(11): 1426-1432,
- ⁵² Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2004). Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 192, 363-372.
- ⁵³ La Société pour les troubles de l'humeur du Canada (2007). *Quelques faits au sujet de la maladie mentale et de la toxicomanie au Canada*. La Société pour les troubles de l'humeur du Canada.
- ⁵⁴ Kisely, S., Terashima, M., & Langille, D. (2008). A population-based analysis of the health experience of African Nova Scotians. *JAMC = CMAJ.*, 179, 653-658.
- ⁵⁵ McDermott, S. et al. (2009). Psychosis-related health service utilization among immigrants arriving to Canada between 1985 and 2000: A linkage follow-up study using administrative data. *Poster Presentation*.
- ⁵⁶ Statistique Canada, (2006). *Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada*. N° 84-208-XIF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Volume 2003(1). <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-208-x/2005002/t/4252802-fra.pdf>. Consulté le 31 août 2009.
- ⁵⁷ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2002). *Pensées suicidaires, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada et provinces, 2002*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/pdf/4252891-fra.pdf>. Consulté le 2 septembre 2009.
- ⁵⁸ Langlois, S., et Morrison, P. (2002). « Suicides et tentatives de suicide ». *Tendances sociales canadiennes*, 66 Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue. P. 23-29. <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2002002/article/6349-fra.pdf>. Consulté le 2 septembre 2009.
- ⁵⁹ Bethell, J., et Rhodes, A. (2009). *Repérer les cas d'automutilation dans les données des services d'urgence*. Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10836-fra.pdf>. Consulté le 2 septembre 2009.
- ⁶⁰ Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J. C., & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Rev can psychiatrie = Can.J.Psychiatry*, 52, 295-304.
- ⁶¹ Whitley, R., Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montréal. *Rev. can. psychiat. = Can.J.Psychiatry*, 51, 205-209.
- ⁶² Femmes en santé (2007). *Vous êtes femme et de race noire? Quel impact cela a-t-il sur votre santé?*
- ⁶³ Lai, D. and Chau, S. (2007). Effects of Service Barriers on Health Status of Older Chinese Immigrants in Canada. *Social Work*; Jul; 52, 3.

- ⁶⁴ Schreiber, R., Stern, P. N., & Wilson, C. (1998). The contexts for managing depression and its stigma among black West Indian Canadian women. *J.Adv.Nurs.*, 27, 510-517.
- ⁶⁵ Sadavoy, J., Meier, R., & Ong, A. Y. (2004). Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Rev. can. psychiat. = Can.J.Psychiatry*, 49, 192-199.
- ⁶⁶ Wang, L. (2007). *Ethnicity, spatial equity, and utilization of primary care physicians: A case study of Mainland Chinese immigrants in the Toronto CMA*. CERIS – Metropolis Centre.
- ⁶⁷ Statistique Canada. (2008). *Statut d'immigrant et période d'immigration (9), connaissance des langues officielles (5), langue maternelle détaillée (103) groupes d'âge (10) et sexe (3) pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %) (tableau). Tableaux thématiques : Langue*. N° 97557X2006021 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. 04 décembre. <http://www12.statcan.ca/english/census06/data/topics/Index.cfm>. Consulté le 1er août 2009. (Hyperlien périmé. Hyperlien proposé : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Index-eng.cfm>)
- ⁶⁸ Li, H. Z. & Browne, A. J. (2000). Defining mental illness and accessing mental health services: perspectives of Asian Canadians. *Revue canadienne de santé mentale communautaire = Can.J Commun.Ment.Health*, 19, 143-159.
- ⁶⁹ Chen, A. W. & Kazanjian, A. (2005). Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia. *Rev. can. santé publique = Can.J.Public Health*, 96, 49-51.
- ⁷⁰ Oxman-Martinez, J. et al. (2005). Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status: A baseline for understanding barriers to health. *J Imm Health* 7(4), 247-258.
- ⁷¹ Georgiades, K., Boyle, M. H., & Duku, E. (2007). Contextual influences on children's mental health and school performance: the moderating effects of family immigrant status. *Child Dev.*, 78, 1572-1591.
- ⁷² Hsu, L. & Alden, L. E. (2008). Cultural influences on willingness to seek treatment for social anxiety in Chinese- and European-heritage students. *Cultur.Divers.Ethnic.Minor.Psychol.*, 14, 215-223.
- ⁷³ Noh, S. & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *Am.J Public Health*, 93, 232-238.
- ⁷⁴ Noh, S., Beiser, M., Kaspar, V., Hou, F., & Rummens, J. (1999). Perceived racial discrimination, depression, and coping: a study of Southeast Asian refugees in Canada. *J.Health Soc.Behav.*, 40, 193-207.
- ⁷⁵ Yee, J. (2006). *Striving for best practices and equitable mental health care access for racialized communities in Toronto*. <http://www.accessalliance.ca/media/EquitableMentalHealthCareAccessResearchReport.pdf>. Accessed on December 01, 2008.
- ⁷⁶ Chiu, L., Ganesan, S., Clark, N., & Morrow, M. (2005). Spirituality and treatment choices by South and East Asian women with serious mental illness. *Transcult.Psychiatry*, 42, 630-656.
- ⁷⁷ Beiser, M., Simich, L., & Pandalangat (2003). Community in distress: mental health needs and help-seeking in the Tamil community in Toronto. *International Migration*, 41, 233-245.
- ⁷⁸ Elmi, A. (1999). *A study on the mental health needs of the Somali community in Toronto*. Toronto: York Community Services and Rexdale Community Health Centre.
- ⁷⁹ Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada (1988). *Puis... La porte s'est ouverte : Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. Ottawa, Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada.
- ⁸⁰ Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2006). *De l'ombre à la lumière*. Ottawa, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- ⁸¹ U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity—A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- ⁸² NIMHE (2003) *Inside Outside: Improving mental health services for Black and Minority Ethnic Communities in England*. Leeds. [NIMHE](http://www.nimhe.org.uk/).
- ⁸³ Fung, K., Andermann, L., Zaretsky, A., & Lo, H. T. (2008). An integrative approach to cultural competence in the psychiatric curriculum. *Acad.Psychiatry*, 32, 272-282.
- ⁸⁴ Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC.Health Serv.Res.*, 7, 15.

⁸⁵ Diversity and Alberta Health Services: Diversity and Alberta Health Services (2009). May be found at <http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/diversity/index.htm> (Hyperlien périmé)