



ARTICLE HORS THÈME

## ***Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada***

Annabel Levesque<sup>1</sup> et Rhéa Rocque<sup>2</sup>

---

### **Résumé**

L'étude vise à décrire les représentations culturelles des troubles de santé mentale des immigrants et des réfugiés d'Afrique subsaharienne vivant au Canada, selon trois des composantes du modèle de l'autorégulation de la maladie, soit les causes, la trajectoire et les traitements. Cinquante personnes ont pris part à une entrevue. Elles attribuent les troubles mentaux à des facteurs sociaux (comme le stress), individuels (comme les comportements), biologiques et génétiques et enfin surnaturels. Elles anticipent une évolution variable des troubles selon le type de maladie et les facteurs en cause. Selon les participants, certains cas peuvent disparaître ou du moins être contrôlés, mais seulement si la personne reçoit du soutien et des soins ou si elle utilise certaines stratégies individuelles visant à améliorer son état. Les interventions prennent la forme de soutien social et d'interventions médicales, psychothérapeutiques et traditionnelles ou religieuses. Les retombées pratiques de l'étude sont discutées.

---

### **Rattachement des auteures**

<sup>1</sup> Université de Saint-Boniface, Winnipeg, Canada; <sup>2</sup> Université Laval, Québec, Canada

### **Correspondance**

alevesque@ustboniface.ca

### **Mots clés**

Représentations culturelles; troubles de santé mentale; contexte canadien; immigrants et réfugiés; Afrique subsaharienne

### **Pour citer cet article**

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

Au Canada, les migrants, en particulier ceux qui ne sont pas d'origine européenne, ont tendance à sous-utiliser les services de santé mentale par rapport aux autres Canadiens (Brown et collab., 2011; Chen et Mak, 2008; Tiwari et Wang, 2008; Whitley, Kirmayer et Groleau, 2006). Pourtant, les statistiques révèlent qu'ils sont touchés par des problèmes de santé mentale. Par exemple, en ce qui a trait aux réfugiés, les statistiques suggèrent une incidence élevée du trouble de stress post-traumatique en raison des expériences auxquelles ils ont été exposés dans leur pays d'origine (Fazel, Wheeler et Danesh, 2005). Les immigrants, pour leur part, sont généralement en bonne santé à leur arrivée au Canada, mais on note un déclin au niveau de leur santé mentale avec le nombre d'années passées au Canada (Hyman, 2004; Khanlou, 2010; Ng et Omariba, 2010; Robert et Gilkinson, 2012; Tiwari et Wang, 2008). De plus, les nouveaux arrivants se heurtent à un ensemble de facteurs de risque en lien avec le processus d'immigration qui menacent leur bien-être psychologique, notamment les barrières linguistiques et culturelles, la mobilité sociale vers le bas, l'absence de travail, l'isolement et la discrimination (Fung et Wong, 2007; Khanlou, 2010; Robert et Gilkinson, 2012; Tiwari et Wang, 2008).

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'utilisation des services de santé professionnels chez les populations migrantes. Un nombre croissant de recherches mettent en lumière les barrières culturelles découlant des représentations du concept de santé mentale auxquelles adhèrent les migrants et les professionnels de la santé (Fung et Wong, 2007). D'une part, il semblerait que certaines attitudes, conceptions ou croyances relatives aux troubles mentaux font obstacle à la demande de soins (Fung et Wong, 2007; Schnittker, Freese et Powell, 2000; Tiwari et Wang, 2008; Wong, Tran, Kim, Van Horn Kerne et Calfa, 2010), notamment les représentations stigmatisantes (Matthews, Corrigan, Smith et Aranda, 2006). D'autre part, l'utilisation des services ne dépendrait pas uniquement des représentations auxquelles adhèrent les migrants, mais aussi de celles véhiculées dans le système de santé. En effet, les professionnels de la santé souscrivent à un système de représentations du concept de santé mentale qui est culturellement déterminé par la culture biomédicale (Brown et collab., 2011; Littlewood et Lipsedge, 1982). De plus, l'écart culturel entre les conceptions des professionnels et des patients serait lié à une faible utilisation des services de santé chez ces derniers (Chen et Mak, 2008; Fung et Wong, 2007; Whitley, Kirmayer et Groleau, 2006). Afin de mieux répondre aux besoins en matière de santé d'une population de plus en plus diversifiée, il importe que les professionnels de la santé soient conscients des représentations culturelles de la santé et des maladies répandues au sein des populations qu'ils desservent (Levesque et Li, 2014; Pachter, 1994).

Les migrants d'origine africaine forment une population en croissance démographique au Canada depuis plus de dix ans (Statistique Canada, 2013). L'objectif de notre étude est d'explorer les représentations relatives aux causes, à la trajectoire et aux traitements des troubles de santé mentale dans la perspective des immigrants et réfugiés francophones de l'Afrique subsaharienne et de souligner l'apport du contexte socioculturel dans leur façon de conceptualiser les troubles mentaux.

### **Représentations de la maladie : l'apport de la culture d'appartenance**

Selon le modèle de l'autorégulation de la maladie conçu par Leventhal (Leventhal, Nerenz et Steele, 1984), l'individu, lorsqu'il est exposé à un ensemble de symptômes, est enclin à développer sa propre théorie visant à mieux comprendre, expliquer et donner un sens à sa maladie. Cette théorie comprend cinq catégories de croyances, soit l'identité, les conséquences, les causes, la trajectoire et la contrôlabilité. Ce volet de l'étude porte plus spécifiquement sur ces trois dernières, les représentations relatives à l'identité et aux conséquences étant rapportées dans un autre article. Les causes font référence aux facteurs auxquels on attribue la maladie, visant ainsi à expliquer son origine. La trajectoire englobe les croyances relatives à la façon dont la maladie évolue avec le temps, alors que la contrôlabilité touche aux traitements considérés comme efficaces pour contrôler la maladie ou guérir. Les représentations de la maladie auxquelles les individus adhèrent guideraient leur réponse face à cette maladie, dont la demande de soins. Initialement, ce modèle a été développé pour comprendre le sens attribué aux maladies physiques. Depuis quelque temps, ce modèle a été appliqué pour explorer les représentations relatives aux troubles de santé mentale (Fortune, Barrowclough et Lobban, 2004), et ce, en contexte interculturel (Brown et coll., 2011; Wong et collab., 2010).

Les représentations de la maladie sont soumises à l'influence de nombreux facteurs, notamment la culture d'appartenance (Wong et coll., 2010). Le processus de construction mentale menant au développement des

représentations de la maladie progresserait de façon déductive, de sorte que les nouvelles connaissances soient assimilées aux schèmes mentaux préexistants (Edman et Kameoka, 1997; Landrine et Klonoff, 1992; Levesque et Li, 2014). Ainsi, le système de croyances, attitudes et valeurs culturelles auquel l'individu adhère offre un filtre à travers lequel ses expériences en lien avec la maladie sont analysées, interprétées, expliquées et étiquetées (Kleinman, 1978).

Il existe de nombreuses recherches illustrant le lien entre la culture d'appartenance et la façon dont les troubles de santé mentale sont conceptualisés. Des différences culturelles ont ainsi été notées au niveau des trois catégories de représentations faisant l'objet de notre étude. Cela dit, la majorité des études se sont penchées sur les croyances relatives, en fonction des cultures, aux causes des troubles mentaux ou aux traitements (Brown et collab., 2011; Fung et Wong, 2007; Givens, Houston, Van Voorhees, Ford et Cooper, 2007; Jimenez, Bartels, Cardenas, Dhaliwal et Alegria, 2012; Li et Browne, 2000; Loewenthal et Cinnirella, 1999; Schnittker, Freese et Powell, 2000; Sheikh et Furnham, 2000).

### **Représentations de la maladie chez les Africains**

En ce qui a trait aux représentations des maladies et des troubles de santé mentale en Afrique, plusieurs recherches révèlent des attributions relevant de facteurs surnaturels chez plusieurs populations africaines (Chalmers, 1996), en particulier dans les pays subsahariens (Adewuya et Makanjuola, 2008; Brown et collab., 2011; Furnham, Akande et Baguma, 1999; Patel, 1995). Ainsi, des facteurs tels que la sorcellerie, l'influence de mauvais esprits ou des ancêtres et une intervention divine ont été cités comme causes potentielles dans ces études. Chalmers (1996) explique qu'en comparaison des Africains, les populations occidentales ont plutôt tendance à adhérer à des explications des maladies liées à des facteurs naturels inhérents à l'individu, dont la biologie et les comportements. Cela dit, à partir d'une revue exhaustive de la littérature portant sur les modèles explicatifs des troubles de santé mentale dans les régions subsahariennes, Patel (1995) soulève un ensemble de facteurs naturels reconnus également comme jouant un rôle dans l'étiologie des troubles mentaux, dont la génétique, les comportements individuels et le climat. Certains facteurs sociaux comme la pauvreté et les difficultés conjugales sont également mentionnés. En ce qui concerne les approches thérapeutiques, les Africains auraient recours à la fois aux institutions biomédicales occidentales et aux guérisseurs traditionnels et spirituels (Chalmers, 1996; Patel, 1995).

Malgré la place importante accordée aux représentations en lien avec des facteurs surnaturels et spirituels chez plusieurs populations africaines, des différences individuelles existent au niveau des causes et des approches thérapeutiques auxquelles adhèrent les Africains, en fonction de facteurs tels que leur niveau d'éducation et leur statut socioéconomique. Par exemple, une étude réalisée au Nigeria a montré que les individus vivant en milieu urbain et étant plus éduqués adhéraient davantage aux explications biologiques et psychosociales, dont l'abus de substances, alors que ceux plus âgés et vivant en milieu rural étaient plutôt de l'avis que les troubles mentaux sont causés par des facteurs surnaturels (Adewuya et Makanjuola, 2008).

En ce qui a trait plus spécifiquement aux immigrants, une étude réalisée en Grande-Bretagne a visé à comparer les perceptions relatives à la dépression chez des femmes britanniques blanches et des femmes noires d'origine africaine (Loewenthal et Cinnirella, 1999). Par rapport aux femmes blanches, les participantes d'origine africaine avaient plus tendance à attribuer la dépression à des facteurs sociaux et étaient de l'avis que les troubles de santé mentale sont de courte durée, quoiqu'elles aient exprimé des doutes quant à la possibilité de traiter ces troubles. Elles étaient en conséquence moins portées à avoir recours à des services formels pour des symptômes de dépression.

En parallèle, il existe une toute autre littérature qui se penche sur les méthodes de prise en charge des populations migrantes au sein des institutions de santé. Celles qui gagnent en popularité sont les approches qui privilégient une prise en charge du client selon des techniques et méthodes traditionnelles à sa culture, notamment les approches issues de l'ethnopsychiatrie basées sur les travaux de Devereux et Nathan (voir Sargent et Larchanché, 2009; Sturm, Baubet et Moro, 2010; Zajde, 2011). Il importe toutefois de considérer ces approches avec discernement puisque peu d'études enquêtent sur les représentations des troubles de santé mentale de la perspective des

populations migrantes d'origine africaine. Il est donc difficile de déterminer si ces dernières souscrivent aux représentations des troubles de santé mentale propres à leur culture d'origine.

À notre connaissance, aucune recherche ne porte sur les représentations culturelles relatives aux troubles de santé mentale dans la perspective des immigrants et réfugiés africains de première génération, qui sont soumis non seulement à l'influence de leur culture d'origine mais également à celle de la culture canadienne.

## **Méthode**

### *Échantillon*

Notre échantillon était constitué de 50 personnes (25 hommes et 25 femmes), dont 35 immigrants et 14 réfugiés, âgés de 18 à 63 ans (moyenne : 36,28; écart type : 13,04). Les participants étaient originaires majoritairement de la République démocratique du Congo (32), puis de la Côte d'Ivoire (8), du Sénégal (3), du Burundi (2), du Burkina Faso (1), de la Guinée (1) et du Rwanda (1). Le nombre d'années depuis leur arrivée au Canada variait entre 4 mois et 29 ans, avec une moyenne de 6,16 années (écart type : 6,83). Dix participants n'avaient pas terminé l'école secondaire, 16 avaient obtenu leur diplôme d'études secondaires, 15 détenaient un diplôme d'un institut professionnel et 9 avaient fait des études universitaires.

### *Procédure*

Les participants ont été recrutés par le biais de stratégies d'échantillonnage de convenance et en boule-de-neige. Deux collaborateurs communautaires, soit un centre de santé communautaire et un membre actif de la communauté africaine, étaient chargés d'informer les personnes appartenant à la population cible à propos du projet de recherche et de leur distribuer un appel à la participation. Cet appel a également été affiché dans divers lieux publics. De plus, après chaque entrevue, les répondants étaient invités à informer leurs proches du projet de recherche et à leur fournir les coordonnées des chercheurs.

Les personnes ayant accepté de participer à l'étude ont été rencontrées de façon individuelle. Après avoir signé le formulaire de consentement, elles devaient remplir un questionnaire portant sur quelques variables démographiques. Ensuite, l'une des chercheuses procédait à une entrevue structurée d'en moyenne 45 minutes. Le guide d'entrevue était composé de six questions ouvertes visant à aborder les cinq composantes du modèle de l'autorégulation de la maladie. L'enquêtrice demandait aux participants de fournir une définition du trouble de santé mentale et de décrire ses caractéristiques, signes ou symptômes. Ils devaient également discuter de ce qui peut causer un trouble de santé mentale, des conséquences que ce trouble peut engendrer, de la façon dont ce trouble peut évoluer avec le temps, des traitements possibles et, enfin, ils devaient identifier les personnes pouvant venir en aide à un individu souffrant d'un trouble mental. Alors que certains avaient tendance à parler des troubles de santé mentale en général, d'autres faisaient référence à une personne en particulier souffrant d'un trouble spécifique. Finalement, ceux qui avaient déjà souffert de détresse psychologie avaient plutôt tendance à décrire un trouble de santé mentale à partir de leurs expériences personnelles. Les entrevues étaient enregistrées et les répondants recevaient 20 \$ en guise de remerciement pour leur participation.

Les entrevues ont été transcrites puis une analyse thématique a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo 10. Le contenu des entrevues a d'abord été réparti de façon déductive, en fonction des cinq composantes du modèle de l'autorégulation de la maladie, c'est-à-dire que les passages étaient retenus selon s'ils faisaient référence à l'identité, aux causes, aux conséquences, à la trajectoire ou aux traitements des troubles mentaux. Pour ce volet de l'étude, le contenu des catégories qui touchaient aux causes, à la trajectoire et aux traitements a été analysé plus en profondeur en fonction des sous-thèmes émergents, en privilégiant une approche inductive. Une attention particulière a aussi été portée aux passages où les répondants faisaient référence à la société africaine et à la société canadienne, dans le but de mieux saisir l'influence socioculturelle propre à leur contexte de vie sur leurs représentations des troubles de santé mentale. Les discours ont d'abord été découpés en petites unités thématiques, qui ont été ensuite regroupées en un certain nombre de catégories plus englobantes. Les résultats préliminaires ont été présentés aux collaborateurs communautaires et à quelques participants pour rétroaction.

## Résultats

### Causes

Les participants ont identifié un certain nombre de causes susceptibles de contribuer aux troubles mentaux. Ces causes se regroupent en quatre catégories principales.

#### *Facteurs sociaux*

La presque totalité des participants (49<sup>1</sup>) attribuent les troubles mentaux à des facteurs sociaux, qui englobent l'environnement social dans lequel évolue l'individu ainsi que certaines expériences ou certains événements de leur vie. L'environnement social et les expériences de vie ont été regroupés dans une même catégorie, d'une part en raison du fait que ces facteurs étaient couramment discutés en parallèle lors des entrevues et d'autre part car ils font tous deux référence à un ensemble de facteurs naturels, externes, imposés à la personne et hors de son contrôle.

L'influence de l'environnement social sur l'individu se ferait par l'entremise de certains agents sociaux : personnes ou structures et institutions sociales pouvant créer les conditions menant au développement d'un trouble de santé mentale. Ces agents incluent la famille, la société ou la culture canadienne et africaine, le voisinage, quartier ou milieu de vie, le milieu de travail, les amis et les médias. Selon les participants, l'impact de ces agents sociaux se ferait à travers divers mécanismes d'influence. D'une part, l'isolement et l'absence de réseau social dans son environnement représentent des facteurs importants pouvant déclencher un trouble de santé mentale chez une personne. D'autre part, un problème dans la qualité des relations existantes peut également être un facteur en cause. Ainsi, le manque de soutien ou d'aide en cas de besoin ainsi que le manque d'amour, d'affection ou d'encouragement, en particulier de la part de ses proches, constituent des situations problématiques pouvant engendrer un trouble. D'autres expliquent aussi que les pressions sociales imposées à la personne par sa famille, ses amis, son milieu de travail ou la société en général peuvent causer des problèmes de santé mentale :

La société te fait croire [qu'il] il faut que tu ressembles à telle chose que t'es pas, par exemple les jeunes filles qui cherchent à perdre du poids, et puis c'est comme si la société les poussait à aller plus loin qu'elles voulaient aller. Moi je pense à ça comme une sorte de pression sociale.

De plus, au sujet de l'éducation, les participants ont affirmé que le fait d'avoir grandi dans un environnement où la personne a été exposée à de mauvais modèles de comportements ou encore l'absence de modèle pourrait entraîner des séquelles à long terme. Comme l'explique un participant, « ils n'ont pas personne pour les guider, pas personne pour leur dire, tu peux pas faire ça, on fait comme ça. » Finalement, vivre dans un environnement où il y a constamment des conflits autour de soi a été décrit comme une situation malsaine pouvant avoir un impact sur le bien-être de l'individu.

Outre l'influence de l'environnement social, d'autres expériences ou événements de vie auxquels est exposé l'individu peuvent expliquer selon les participants le développement d'un trouble de santé mentale. C'est le cas des situations stressantes auxquelles la personne fait face au quotidien. Le stress lié au développement de troubles émane alors d'une part de situations provoquant des inquiétudes pour l'individu, telles que la perte ou l'absence d'emploi et les problèmes financiers qui en découlent ou les préoccupations liées à sa santé ou au bien-être de ses proches et d'autre part du surmenage, en particulier au travail ou dans les études, qui représente également un stress important pouvant être lié à l'étiologie d'un trouble mental. Finalement, les problèmes relationnels représentent, pour certains, une autre source de stress. Hormis le stress, certains expliquent que vivre des frustrations ou des déceptions importantes dans la vie pourrait être un élément déclencheur :

---

<sup>1</sup> Les fréquences reflètent le nombre de participants qui ont spontanément discuté de chacun des thèmes ressortis lors des entrevues.

Il est sorti de l'Ouganda, il arrive ici, ici aussi la vie n'a pas été facile. Parce que lui il croyait, O.K. je viens au Canada, je vais au paradis, de façon que les choses vont être faciles, j'aurai de l'aide, je vais aller à l'école, je vais trouver du travail et tout ça. Il arrive ici, et ça a été le contraire de ce qu'il pensait.

En troisième lieu, plusieurs sont de l'avis que de vivre des changements de vie majeurs ou bien des événements de vie difficiles représentent une cause potentielle de troubles mentaux. Parmi ces situations et changements majeurs, on note le fait de vivre une séparation, un divorce ou une rupture quelconque avec la famille, de vivre un deuil et de vivre un traumatisme important, en particulier faire l'expérience de la guerre, être victime d'abus et de violence ou survivre à un désastre naturel.

Un des changements de vie majeurs sur lequel plusieurs ont mis beaucoup d'emphasis concerne le processus d'immigration et d'adaptation à la société canadienne :

Je sais pas quel genre de trouble on pourrait voir dans les communautés immigrantes, mais c'est sûr qu'ils sont écartés entre deux différentes cultures, celle qu'ils ont quittée, celle qu'ils ont trouvée mais, l'autre est perdue, mais celle-ci n'est pas acquise, donc c'est comme s'ils étaient assis entre deux chaises. Et si on est plus ou moins instable, évidemment, ça peut s'aggraver. Donc la question d'adaptation à un environnement donné.

Selon les participants, l'immigration est un facteur particulièrement important, d'une part parce que cette période de transition est liée à un ensemble d'autres facteurs qui ont été soulevés comme étant des causes potentielles de troubles de santé mentale (tels que le stress, l'absence de travail, les problèmes financiers, le fait de vivre des déceptions, la solitude, etc.) et d'autre part car elle comporte certains défis ou difficultés additionnels, notamment le choc culturel, les conflits intergénérationnels dans la famille dus aux différences culturelles entre enfants et parents, les conflits conjugaux dus aux changements dans les rôles sexuels traditionnels, la discrimination dans la société canadienne et la mobilité sociale vers le bas, soit le fait d'avoir une position sociale élevée dans son pays d'origine pour occuper des emplois nettement inférieurs dans l'échelle sociale une fois au Canada.

### *Facteurs psychologiques*

La seconde catégorie de causes soulevées par plusieurs (38 participants) comporte un ensemble de facteurs individuels de nature psychologique, dénotant une certaine responsabilité personnelle en ce qui a trait à sa santé mentale. Par exemple, par ses comportements, dont l'abus de substances, la personne peut elle-même contribuer au développement d'un trouble. Outre les comportements, certains ont mentionné des problèmes de gestion des émotions, soit le fait d'entretenir des émotions négatives telles que la jalousie, la colère et la tristesse, ou le fait d'internaliser ses émotions et ses problèmes et de ne pas les exprimer. En troisième lieu, certains facteurs d'ordre cognitif ont été perçus comme à l'origine de troubles mentaux, notamment le fait de tout considérer sous un œil négatif ou le fait de ruminer. Finalement, plusieurs personnes ont reconnu l'existence d'une certaine vulnérabilité personnelle chez certains qui, par leur caractère ou leurs dispositions personnelles, sont décrits comme étant « faibles », ce qui les rend plus enclins à développer un trouble de santé mentale :

Y'a des gens que s'ils perdent leur petite copine, c'est foutu pour eux. Donc, tout dépend de la personne aussi, mais y'a ceux qui sont assez forts maintenant pour pouvoir digérer cette situation, par contre il y en a qui ne le sont pas.

D'autres facteurs inhérents à l'individu, mais de nature biologique ou génétique ont été identifiés par 33 répondants comme jouant un rôle dans l'étiologie des troubles de santé mentale. Ils comprennent une altération au niveau du fonctionnement du cerveau ou du système nerveux due à un accident ou dommage cérébral ou encore à l'exposition à des substances comme l'alcool ou les drogues. D'autres sont de l'avis que certains troubles mentaux peuvent avoir une origine génétique. Par exemple, la maladie mentale a parfois été décrite comme étant une maladie « de famille » ou « de naissance », résultant d'une transmission héréditaire ou d'un désordre chromosomique. Finalement, quelques personnes ont expliqué qu'un problème de santé physique peut ultimement mener à l'apparition d'un trouble de santé mentale, mettant ainsi en lumière le lien entre le corps et l'esprit :

Un problème d'accident. Ouais, accident de la circulation, parce que y'a des gens qui font des accidents et puis après, le choc entraîne des troubles au niveau du cerveau et ils commencent à réagir comme des hommes anormaux quoi.

### *Facteurs surnaturels*

Enfin, 16 participants ont attribué les troubles mentaux à des facteurs externes, imposés à la personne, hors de son contrôle et qui relèvent du domaine du surnaturel, par exemple les sortilèges. De plus, des démons ou des mauvais esprits peuvent être selon eux à l'œuvre dans certains cas de troubles mentaux :

C'est là où je dis qu'il y a beaucoup de façons d'avoir un trouble mental. Y'a des choses qui viennent des mauvais esprits, donc Satan, qui afflige aux gens un trouble mental qui n'est pas normal.

On note par exemple que le fait d'être possédé par un mauvais esprit ou par l'esprit d'un ancêtre peut expliquer certains cas de « folie ». Quelques personnes sont d'avis que les troubles mentaux peuvent résulter d'une intervention divine :

On sent que c'est le créateur qui a créé toutes choses et il n'y a que le créateur qui connaît la source de ce qui nous arrive.

### *Trajectoire*

#### *Évolution variable*

La majorité des participants entrevoient une trajectoire plutôt variable des troubles mentaux, en fonction de certains facteurs d'influence.

Pour 46 répondants, une évolution favorable à la disparition des troubles mentaux est conditionnelle à ce que la personne affectée reçoive du soutien et des soins, que ces derniers soient fournis par le système de santé formel ou par des réseaux informels. Ces interventions peuvent assurer une amélioration, voire une guérison complète dans certains cas. Toutefois, certains ont spécifié que ces interventions sont efficaces dans la mesure où elles sont prodiguées très rapidement après l'apparition du trouble mental, sans quoi le trouble risque d'empirer et de devenir chronique. Il importe également que les soins soient appropriés au trouble dont souffre la personne et que cette dernière réponde favorablement aux traitements, ne démontrant pas d'effets secondaires indésirables. Il importe de noter que 17 personnes ont spécifié que certains troubles sont de nature chronique. Les interventions servent alors à contrôler les symptômes permettant à l'individu d'entretenir une vie relativement normale mais sans que la personne se remette complètement.

En deuxième lieu, plusieurs participants (27) considèrent que l'évolution du trouble dépend des facteurs en cause dans son apparition. En général, ceux qui ont fait allusion aux causes biologiques et génétiques s'entendent pour dire que les troubles ayant une étiologie organique sont plutôt chroniques, avec un risque permanent de détérioration. À l'inverse, plusieurs conçoivent les troubles provoqués par des facteurs sociaux ou surnaturels comme ayant de meilleures chances de diminuer, voire de disparaître. Toutefois, certains ont nuancé leurs propos en précisant que ces troubles peuvent évoluer favorablement dans la mesure où le facteur en cause disparaît également :

Si t'as pas de travail, peut-être le trouble ça vient de ça, si t'as pas de travail, t'as pas les moyens de vivre, moi je pense qu'une fois un travail et l'argent, le trouble là, ça va diminuer.

La présence ou l'absence du facteur en cause peut ainsi expliquer pourquoi les maladies causées par des facteurs biologiques sont perçues comme étant chroniques : ces facteurs sont décrits comme étant stables et irréversibles. À l'inverse, les facteurs sociaux ou surnaturels pouvant disparaître, les maladies causées par ces facteurs sont perçues comme étant associées à un plus grand potentiel de rétablissement.

Environ la moitié des participants (23) expliquent que l'évolution des troubles varie également selon les individus affectés. Certaines personnes seraient plus aptes que d'autres à s'en sortir : celles qui ne s'apitoient pas sur leur

sort, qui ont une approche proactive et qui entreprennent des démarches concrètes pour améliorer leur situation. Ont été cités comme exemples de pratiques proactives : reconnaître son problème et aller chercher de l'aide; s'engager dans des comportements sains tels que l'exercice physique; s'engager dans des activités significatives qui procurent du plaisir à la personne ou donnent un sens à sa vie, telles que le bénévolat; suivre les recommandations ou conseils des autres, dont les recommandations des professionnels de la santé, et ainsi adhérer au traitement prescrit, et enfin essayer de voir les choses plus positivement ou les considérer de différentes façons:

Le grand maître du corps, c'est d'abord nous-mêmes. Quand tu constates quelque chose qui ne marche plus en toi, en réfléchissant, tu te dis que non, je ne comprends pas qu'est-ce qui se passe en moi. S'il y'a un moyen, si tu as encore des forces, va voir le docteur pour se renseigner de ça. Et la plupart des gens, ils n'aiment pas prendre des médicaments, c'est notre négligence.

Finalement, quelques personnes (15) ont mentionné que certains troubles mentaux évoluent différemment. Ainsi, les troubles plus sévères sont perçus comme plus chroniques et comme ayant le potentiel de dégénérer davantage au fil du temps. De façon plus spécifique, certains ont identifié la folie, les déficiences intellectuelles, l'autisme et l'Alzheimer comme étant de nature irréversible, alors que la dépression ou l'anxiété ont été perçus comme moins sévères et donc comme ayant le potentiel de s'atténuer avec le temps.

#### *De nature épisodique ou cyclique*

Quelques personnes (12) ont décrit les troubles mentaux comme étant de nature cyclique ou épisodique, les symptômes émergeant au gré d'épisodes de durées variable. Dans la majorité des cas, ces épisodes sont décrits comme étant cycliques, et donc de nature récurrente : la personne connaît des périodes de fonctionnement normal entrecoupées de périodes marquées par une résurgence de symptômes. Ces épisodes apparaissent parfois de façon imprévisible, alors que dans d'autres cas ils suivent certains cycles naturels :

Y'a des gens qui sont normaux, mais qui à un certain moment de la vie, ou de la journée, ou de la période, mais les gens disent souvent c'est quand y'a la pleine lune, où ils peuvent perdre [...] il perd totalement, on le perd totalement, il ne raisonne plus.

#### *Vision fataliste*

Seulement sept personnes considèrent les troubles mentaux comme étant de nature irréversible ou incurable. Ils décrivent ces troubles comme conduisant à un déclin ou à une détérioration graduelle pouvant parfois mener jusqu'à la mort. Un participant qualifie ces maladies comme étant incurables :

C'est une maladie qui est incurable. Même que je n'ai pas vu quelqu'un [à qui] on a donné des médicaments et qui était guéri. Jamais. Ça se guérit pas.

#### *Traitements*

Bien que certains aient adopté une vision plutôt fataliste des troubles mentaux, tous ont mentionné certaines approches susceptibles d'être mises en œuvre pour venir en aide aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale.

#### *Soutien social*

Le soutien informel représente l'approche la plus fréquemment mentionnée (par 47 participants) pour aider un individu atteint d'un trouble de santé mentale. Ce soutien peut venir de la famille, des amis, des collègues, des groupes de soutien, des institutions communautaires (dont les Églises) et du gouvernement. De plus, le soutien fourni par ces agents peut se présenter sous différentes formes. Le soutien émotionnel et moral consiste à démontrer son amour ou son appréciation et à essayer d'encourager la personne. Offrir des informations ou conseils représente une autre façon de le soutenir. En troisième lieu, il peut être bénéfique de lui fournir un soutien tangible, par exemple, en lui cuisinant des repas ou en l'accompagnant à un rendez-vous médical. D'autres



considèrent que le soutien social se fait principalement par le biais de l'intégration sociale, en invitant la personne à des activités ou des événements sociaux, en faisant des sorties avec elle ou bien en lui donnant un travail qui lui permette de contribuer à la société :

En l'aidant à s'intégrer à la société, donc il faut qu'il y ait des services de différents niveaux. Euh, trouver de l'emploi, en lui redonnant sa dignité. Je pense, y'a personne au monde qui va se dire, je souffre de santé mentale, je me noie dans mon mal. Mais si on voit qu'on peut me redonner ma dignité, ma dignité perdue, je pense que c'est toute la société qui va, qui va en bénéficier et pas juste l'individu.

Finalement, le simple fait d'être à l'écoute, permettant à la personne de s'exprimer et de partager ce qu'elle vit, est susceptible de lui faire le plus grand bien.

### *Services professionnels*

En deuxième lieu, la personne peut avoir recours à des services professionnels formels, de nature médicale ou psychothérapeutique.

Parmi ceux qui ont identifié les services de santé formels, 46 ont décrit des intervenants et des approches thérapeutiques qui relèvent du domaine médical. Les agents d'intervention médicale identifiés par ces participants ont été les médecins, les psychiatres, les neurologues, les infirmières, ainsi que les institutions médicales telles que les hôpitaux et les centres psychiatriques. Ces agents sont perçus comme occupant les rôles suivants : effectuer l'évaluation des patients dans le but de poser un diagnostic, prescrire des médicaments, faire des injections et fournir des informations ou recommandations aux patients pour que ces derniers puissent contribuer à promouvoir leur propre santé mentale.

Outre les services médicaux, les services professionnels de nature psychothérapeutique ont été cités par 31 participants pour traiter les troubles mentaux. Les agents d'intervention psychothérapeutique nommés étaient les psychologues, les sociologues, les travailleurs sociaux ainsi que les conseillers. L'un des rôles incombant aux agents d'intervention psychothérapeutique consiste pour les participants à faire l'évaluation dans le but de poser un diagnostic et d'identifier la source du problème pour intervenir sur les causes. Les modes d'intervention psychothérapeutique cités ont été : donner l'occasion à la personne de s'exprimer en thérapie, travailler sur les cognitions-perceptions pour que la personne soit en mesure de voir les choses sous un œil plus positif, offrir des conseils à la personne et intervenir au niveau des comportements dans le but d'amener la personne à adopter des comportements qui soient plus productifs.

### *Pratiques traditionnelles, religieuses ou spirituelles*

Une dernière catégorie de traitements a été relevée par 20 personnes : les pratiques traditionnelles ou de nature religieuse et spirituelle. Le recours à la médecine traditionnelle permet, selon certains participants, d'enrayer un trouble de santé mentale. Les chamans ou les médecins traditionnels ont à leur disposition une pharmacopée principalement composée de plantes ayant des vertus thérapeutiques et utilisées en Afrique. Ils peuvent également procéder à des rituels de purification pour guérir la personne de certaines maladies. La majorité des personnes ayant parlé de pratiques traditionnelles et religieuses ont cependant cité plutôt le recours à la religion ou à la spiritualité pour traiter les troubles mentaux. Ils ont évoqué la prière, le recours à des rituels de délivrance ou d'exorcisme pour chasser les mauvais esprits ou encore le simple fait d'avoir la foi en Dieu comme méthodes visant à combattre les troubles mentaux. Ces pratiques sont utilisables par la personne elle-même, un proche ou un prêtre. Enfin, quelques personnes ont mentionné que la guérison résulte d'une intervention divine, sans qu'il y ait nécessairement intervention humaine :

Nous les êtres humains, on est limités. Y'a des choses qu'on peut faire et y'a des choses qu'on ne peut pas faire, mais le Dieu qui est en haut, lui il est capable de faire tout, y'a rien qui est impossible à lui, tu vois. Il suffit seulement de crier fort au secours et il va aider, il viendra.

### Références culturelles

Plusieurs participants ont fait référence aux croyances les plus répandues dans la culture africaine et dans la culture canadienne. Plusieurs ont expliqué qu'en Afrique les gens adhèrent surtout aux explications en fonction de facteurs surnaturels, dont l'influence de mauvais esprits ou de sortilèges. Les explications en fonction de facteurs biologiques, de comportement individuel et de facteurs sociaux (incluant le stress et les problèmes relationnels) ont été perçues comme étant plus répandues dans les sociétés occidentales, dont le Canada. Alors que certains ont dit adhérer à l'un ou à l'autre de ces systèmes de croyances, d'autres ont eu tendance à intégrer des éléments relevant des deux.

Plusieurs expliquent que les croyances en des causes surnaturelles à l'origine des troubles mentaux font en sorte que les traitements traditionnels, religieux et spirituels sont plus répandus en Afrique qu'au Canada :

Moi je viens de l'Afrique et je sais, y'a des gens qui croient aux fétiches et des fois, y'a des gens qui recourent aux fétiches pour nuire à d'autres personnes et quand cela arrive, seul le prêtre peut aider à rétablir, euh, la situation à travers l'exorcisme.

Ceci étant dit, les institutions médicales dites occidentales, telles que les centres psychiatriques où l'on interne les personnes ayant des troubles de santé mentale, occupent une place importante en Afrique. Plusieurs étaient de l'avis que ces centres sont réservés aux cas de « folie ». Les gens sont donc réticents à faire appel à ces services, de peur d'être qualifiés de fous et d'être ostracisés :

Si l'on parle des Africains ici, je vais te dire, sur 100, peut-être 10 % des gens vont aller voir un professionnel, parce que *still*, c'est cette idée-là d'être considéré comme étant fou. So une fois que tu dis à une personne que tu vas voir un professionnel, *oh you're crazy, nobody wants to hang out with you*. C'est mal vu, tu vois. So du fait que c'est mal vu, je veux dire, la plupart des gens vont pas aller voir un professionnel pour ça [...]. En Afrique, c'est comme, t'es fou, on t'enferme.

Les services professionnels de nature psychothérapeutique disponibles au Canada ont été décrits comme pratiquement inexistantes en Afrique. Enfin, quelques personnes ont souligné que l'esprit communautaire présent en Afrique fait en sorte qu'on peut compter sur le soutien de ses proches et de la communauté lorsqu'on fait face à des difficultés, alors que la culture individualiste canadienne a comme conséquence d'isoler les personnes ayant des troubles de santé mentale.

En ce qui concerne l'évolution des troubles de santé mentale avec le temps, la question de l'accès aux soins entre dans l'équation, puisque plusieurs ont expliqué qu'en raison du manque de ressources, l'accès aux services d'intervention et de soutien est très limité en Afrique par rapport au Canada. La majorité était d'avis que l'évolution des troubles mentaux dépend de la possibilité de recevoir des traitements et que ces traitements ne sont pas disponibles en Afrique, plusieurs décrivant une évolution plus défavorable des troubles en Afrique qu'au Canada. Ainsi, les participants ont rapporté qu'il n'est pas rare que l'état d'une personne ayant un trouble de santé mentale non traité dégénère au point où elle se retrouve dans la rue avec des symptômes psychotiques très sévères :

Chez nous, on doit payer de l'argent, toujours l'argent, alors après on les laisse, on laisse la personne... alors vraiment c'est grave. Mais ça se développe vraiment. Comme on dit chez nous, la folie commence toujours par des gestes. Tu vois quand une personne commence à faire des gestes et après, un jour, tu vois la personne, la personne a jeté ses souliers, après ça, ça continue, les habits... et tu dis, ah ok, vraiment ça augmente. Alors quand tu arrives au cas de dormir à l'extérieur ou manger à l'extérieur ou faire n'importe quoi, enlever les habits, ah ça c'est autre chose.

### Discussion et conclusion

Cette étude visait à explorer les représentations des nouveaux arrivants francophones originaires d'Afrique subsaharienne à propos des causes des troubles de santé mentale, de la façon dont ces troubles évoluent avec le temps et des traitements possibles. En accord avec les recherches antérieures (Adewuya et Makanjuola, 2008; Brown et collab., 2011; Furnham, Akande et Baguma, 1999; Patel, 1995), les résultats de notre étude révèlent que la croyance en des causes surnaturelles à l'origine des troubles mentaux était bien présente dans l'esprit de

certaines répondants. Toutefois, seulement un tiers des personnes disaient adhérer à cette croyance, plaçant ainsi les facteurs surnaturels au dernier rang. Les principales causes évoquées au cours des entrevues se rattachent plutôt à des facteurs sociaux, soit l'environnement social de la personne et les expériences et événements de vie auxquels elle est exposée. Parmi les expériences de vie majeures, plusieurs ont souligné l'impact du processus d'immigration et d'adaptation à la société canadienne sur la santé mentale des nouveaux arrivants, croyance appuyée par les statistiques, ces dernières révélant qu'à la suite de l'immigration, la santé mentale connaît un déclin (Hyman, 2004; Khanlou, 2010; Ng et Omariba, 2010; Robert et Gilkinson, 2012; Tiwari et Wang, 2008). Cette expérience de vie a probablement eu un impact non seulement sur le bien-être psychologique des répondant(e)ux-mêmes, mais aussi sur leur façon de concevoir les causes des troubles mentaux. La deuxième catégorie de causes citée par plusieurs relève de facteurs individuels, notamment les choix et les comportements de la personne, la façon dont elle gère ses émotions et sa façon de percevoir les choses. Ainsi, plusieurs ont fait état d'une certaine responsabilité individuelle dans le développement d'un trouble de santé mentale. Finalement, les causes biologiques et génétiques sont arrivées au troisième rang, suivies des causes surnaturelles.

Seule une minorité de répondants était d'avis que les troubles de santé mentale sont de nature irréversible, sans espoir de s'en remettre un jour. En fait, la grande majorité des personnes qui ont participé à cette étude était convaincue que les troubles mentaux peuvent disparaître, ou du moins être contrôlés dans la mesure où la personne affectée reçoit du soutien et des soins, en fonction du trouble dont souffre la personne et des facteurs en cause. Selon eux, alors que certains troubles sont traitables, d'autres sont de nature chronique et peuvent seulement être contrôlés, notamment les troubles sévères et ceux causés par des facteurs biologiques.

Les interventions auxquelles les participants adhéraient sont de trois types. Le soutien social des proches, de la communauté et de la société en général est ressorti comme étant la meilleure stratégie pour aider une personne souffrant d'un trouble mental. Un deuxième recours consiste à se tourner vers les services de santé formels, en particulier les services d'intervention médicale et, dans une certaine mesure, les services de nature psychothérapeutique. Certains étaient toutefois d'avis que les services médicaux sont réservés aux cas les plus sévères, tels que la « folie ». Par conséquent, ils seraient moins portés à faire appel à ces services de peur d'être étiquetés de « fous ». Finalement, les interventions religieuses et spirituelles ont été décrites par certains comme étant des stratégies susceptibles d'être efficaces pour traiter les troubles mentaux.

Puisque l'évolution favorable des troubles est conditionnelle au fait de recevoir des soins et que ces soins ne sont pas toujours accessibles en Afrique, les participants y anticipaient une détérioration continue de l'état des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale : il n'est pas rare que ces personnes se retrouvent dans la rue, avec des comportements psychotiques. Avoir été exposés à ce genre de cas peut expliquer la façon dont les personnes originaires d'Afrique subsaharienne conceptualisent les troubles de santé mentale, en fonction de la « folie » et de troubles psychotiques sévères, ce qui est rapporté dans d'autres études (Patel, 1995) ainsi que dans le volet de notre étude portant sur la façon dont les participants définissent les troubles mentaux.

Plusieurs participants étaient de l'avis que l'évolution favorable des troubles mentaux dépend, outre du soutien et des soins prodigués par des agents externes, de l'attitude de l'individu affecté. Pour s'en sortir, il importe que la personne adopte une attitude positive et soit proactive, en mettant en place certaines stratégies individuelles visant à améliorer son sort, entre autres en demandant de l'aide, en suivant les recommandations des professionnels de la santé et en s'engageant dans un style de vie sain. Aucune personne n'était d'avis que les troubles de santé mentale peuvent disparaître naturellement sans qu'il y ait une intervention externe ou une intervention de la personne elle-même. Lorsque les symptômes disparaissent, une résurgence selon un cycle est anticipée.

Ces résultats suggèrent que les immigrants et réfugiés en provenance d'Afrique faisant face à des difficultés qui touchent leur santé mentale sont probablement ouverts à recevoir de l'aide. Alors que certains préféreraient recourir à des services de santé formels, d'autres auraient peut-être tendance à se tourner vers les réseaux de soutien informels ou les institutions religieuses et spirituelles. Ces stratégies ne devraient certainement pas être discréditées, puisque divers aspects de la religion et de la spiritualité ont été liés de façon assez consistante avec la

santé mentale des individus (Baetz et Toews, 2009). Il en est de même pour le support social (Kawachi et Berkman, 2001).

En ce qui a trait à l'offre de soins de santé, les résultats de notre étude soulignent l'importance de considérer les représentations culturelles relatives au concept de santé mentale. En effet, certaines personnes peuvent adhérer à un système de représentations différent des conceptions véhiculées dans la culture occidentale et au sein des établissements de santé. Étant donné que la transition culturelle liée à l'immigration est associée à un risque accru de vivre de la détresse psychologique, privilégier une approche interculturelle dans l'offre de soins, en essayant de respecter et d'intégrer les différences culturelles, pourrait avoir un effet bénéfique sur le bien-être des nouveaux arrivants (Chalmers, 1996). Il importe toutefois d'être prudent et d'éviter d'adopter une approche trop culturaliste ne prenant pas en considération les différences interindividuelles au sein d'une culture donnée. En effet, tous les nouveaux arrivants ne souscrivent pas nécessairement aux croyances et aux méthodes d'intervention les plus répandues dans leur pays d'origine. Par exemple, dans le cadre de notre étude, seule une minorité de participants considérait que les traitements traditionnels et religieux sont efficaces pour traiter les troubles mentaux, quoiqu'ils aient reconnu que cette croyance est répandue en Afrique. Il serait donc plutôt préférable d'engager le dialogue directement avec les patients pour connaître leur façon de concevoir les troubles de santé mentale (Chen et Mak, 2008; Levesque et Li, 2014). Les similarités et les différences au sein des représentations auxquelles chacune des parties adhère doivent être reconnues, acceptées et négociées de façon respectueuse, dans le but d'offrir des services sensibles à la diversité culturelle (Levesque et Li, 2014). Cette pratique pourrait favoriser un climat de confiance et améliorer la qualité de la relation entre professionnels de la santé et patients. En retour, ces derniers seraient peut-être plus ouverts à la discussion sur les questions relatives à la santé mentale et davantage enclins à suivre les recommandations des professionnels de la santé (Wong et coll., 2010).

En ce qui a trait aux différences individuelles au sein de la population des immigrants et des réfugiés en provenance d'Afrique, les représentations de la santé mentale varient sans doute en fonction de leurs expériences d'acculturation (Chen et Mak, 2008; Wong et collab., 2010). En effet, au cours des entrevues, plusieurs ont fait référence aux différences entre les croyances répandues dans la société africaine et celles répandues dans la société canadienne. Si certains disaient adhérer à l'un ou l'autre des systèmes de croyances, d'autres disaient intégrer des éléments propres à chacun. Un volet quantitatif à l'étude est en cours, visant à explorer les variations au sein des thèmes abordés par les participants en fonction de leur expérience d'acculturation et de certaines variables individuelles, notamment le sexe, l'âge et le niveau de scolarité.

Cette étude comporte certaines limites, faisant en sorte que les résultats sont à considérer avec précaution. Les stratégies d'échantillonnage de convenance et en boule-de-neige peuvent avoir fait en sorte que l'échantillon ne soit pas représentatif de la population des immigrants et des réfugiés francophones en provenance d'Afrique subsaharienne. La santé mentale représente un sujet délicat et aurait ainsi pu attirer des volontaires ayant tendance à adhérer à certaines perceptions ou croyances particulières qui les distinguent des autres membres de la population dont ils sont issus. De plus, la culture d'appartenance des chercheuses, toutes deux Canadiennes francophones, aurait pu influencer la façon dont les participants répondaient aux questions. Il est possible que ces derniers n'aient pas été assez à l'aise pour dévoiler certaines de leurs conceptions, par peur d'être jugés.

Malgré ses limites, l'étude apporte une contribution importante à la littérature scientifique. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à s'être penchée sur les représentations culturelles relatives aux troubles de santé mentale dans la perspective des immigrants et des réfugiés de première génération et originaires d'Afrique francophone subsaharienne. De plus, le cadre théorique sur lequel est fondée l'étude, soit le modèle de l'autorégulation de la maladie, a permis d'explorer un large ensemble de catégories de croyances relatives aux troubles de santé mentale. Finalement, contrairement aux questionnaires standardisés qui sont souvent utilisés dans ce genre d'étude, l'étude des représentations culturelles de la santé mentale par le biais d'entrevues ouvertes a permis aux chercheuses d'arriver à une description riche des diverses croyances auxquelles adhèrent les immigrants et réfugiés d'origine africaine.

## Références bibliographiques

- Adewuya, A. et Makanjuola, R. (2008). Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: Pattern and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 336-341.
- Baetz, M et Toews, J. (2009). Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality, and Mental Health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 292-301.
- Brown, J., Casey, S., Bishop, A., Prytys, M., Whittinger, N. et Weinman, J. (2011). How Black African and White British women perceive depression and help-seeking: A pilot vignette study. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 362-374.
- Chalmers, B. (1996). Western and African conceptualizations of health. *Psychology and Health*, 12, 1-10.
- Chen, S. et Mak, W. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 442-450.
- Edman, J. et Kameoka, V. (1997). Cultural differences in illness schemas: An analysis of Filipino and American illness attributions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28, 252-265.
- Fazel, M., Wheeler, J. et Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Fortune, G., Barrowclough, C. et Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 347-364.
- Fung, K. et Wong, Y.-L. (2007). Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 216-231.
- Furnham, A., Akande, D. et Baguma, P. (1999). Beliefs and health and illness in three countries: Britain, South Africa and Uganda. *Psychology, Health and Medicine*, 4(2), 189-201.
- Givens, J., Houston, T., Van Voorhees, B., Ford, D. et Cooper, L. (2007). Ethnicity and preferences for depression treatment. *Psychiatry and Primary Care*, 29, 182-191.
- Hyman, I. (2004). Setting the stage: Reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants: What is the evidence and where are the gaps? *Canadian Journal of Public Health*, 95, 14-18.
- Jimenez, D., Bartels, S., Cardenas, V., Dhaliwal, S. et Alegria, M. (2012). Cultural beliefs and mental health treatment preferences of ethnically diverse older adult consumers in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 533-542.
- Kawachi, I. et Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467.
- Khanlou, N. (2010). Migrant mental health in Canada. Dans N. Khanlou et B. Jackson (dir.), *Canadian Issues Immigrant Mental Health* (p. 9-16). Association for Canadian Studies.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Landrine, H. et Klonoff, E. (1992). Culture and health-related schemas: A review and proposal for interdisciplinary integration. *Health Psychology*, 11, 267-276.
- Leventhal, H., Nerenz, D. et Steele, D. (1984). Illness representation and coping with health threats. Dans A. Baum, S. Taylor et J. Singer (dir.), *Handbook of Psychology and Health* (p. 219-252). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Levesque, A. et Li, H. (2014). The relationship between culture, health conceptions, and health practices: A qualitative-quantitative approach. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45, 628-645.
- Li, H. et Browne, A. (2000). Defining mental illness and accessing mental health services: Perspectives of Asian Canadians. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19, 143-159.

- Littlewood, R. et Lipsedge, M. (1982). *Aliens and alienists: Ethnic minorities and psychiatry*. London : Routledge.
- Loewenthal, K. et Cinnirella, M. (1999). Beliefs about the efficacy of religious, medical and psychotherapeutic interventions for depression and schizophrenia among women from different cultural-religious groups in Great Britain. *Transcultural Psychiatry*, 36, 491-504.
- Matthews, A., Corrigan, P., Smith, B. et Aranda, F. (2006). A qualitative exploration of African-Americans' attitudes toward mental illness and mental illness treatment seeking. *Rehabilitation Education*, 20, 253-268.
- Ng, E. et Omariba, D. W. (2010). Is there a health immigrant effect in mental health? Evidences from population-based health surveys in Canada. Dans N. Khanlou et B. Jackson (dir.), *Canadian Issues: Immigrant mental health* (p. 23-28). Association for Canadian Studies.
- Pachter, L. (1994). Culture and clinical care: Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *Journal of the American Medical Association*, 271, 690-694.
- Patel, V. (1995). Explanatory models of mental illness in sub-saharan Africa. *Social Science and Medicine*, 40, 1291-1298.
- Robert, A. et Gilkinson, T. (2012). *Mental health and well-being of recent immigrants in Canada: Evidence from the longitudinal survey of immigrants to Canada: Executive summary*. Ottawa : Citoyenneté et Immigration Canada.
- Sargent, C. et Larchanché, S. (2009). The construction of "cultural difference" and Its Therapeutic Significance in immigrant mental health services in France. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33, 2-20.
- Schnittker, J., Freese, J. et Powell, B. (2000). Nature, nurture, neither, nor: Black-White differences in beliefs about the causes and appropriate treatment of mental illness. *Social Forces*, 78, 1101-1130.
- Sheikh, S. et Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 326-334.
- Statistique Canada. (2013). *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada: L'enquête nationale auprès des ménages* (n° 99-010-X2011001). Ottawa : Statistique Canada.
- Sturm, G., Baubet, T. et Moro, M. (2010). Culture, trauma, and subjectivity: The French ethnopschoanalytic approach. *Traumatology*, 16(4), 27-38.
- Tiwari, S. et Wang, J. (2008). Ethnic differences in mental health service use among White, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 866-871.
- Whitley, R., Kirmayer, L. et Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 205-209.
- Wong, J. , Tran, K. Kim, S.-H., Van Horn Kerne, V. et Calfa, N. (2010). Asian Americans' lay beliefs about depression and professional help seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 317-332.
- Zajde, N. (2011). Psychotherapy with immigrant patients in France: An ethnopsychiatric perspective. *Transcultural Psychiatry*, 48(3), 187-204.