

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE MIGRATOIRE : LA PERCEPTION DES IMMIGRANTS ACCESSIBILITY OF MENTAL HEALTH SERVICES IN A MIGRATORY CONTEXT: THE PERCEPTION OF IMMIGRANTS

Abdelaaziz Ourhou, Emmanuel Habimana and Saïd Bergeul

Volume 43, Number 1, 2022

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1088841ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1088841ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Ourhou, A., Habimana, E. & Bergeul, S. (2022). L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE MIGRATOIRE : LA PERCEPTION DES IMMIGRANTS. *Revue québécoise de psychologie*, 43(1), 65–83.
<https://doi.org/10.7202/1088841ar>

Article abstract

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

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

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

Abdelaaziz Ourhou¹
Institut national de l'action
sociale (Maroc)

Emmanuel Habimana
Université du Québec à Trois-Rivières

Saïd Bergeul
Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue

INTRODUCTION

Cet article vise à mettre l'accent sur les recherches scientifiques ayant étudié la perception des patients immigrants, leurs visions culturelles et leurs attentes, en vue de mieux comprendre la valeur clinique des pratiques de santé mentale disponibles en contexte migratoire et d'identifier les conditions qui, de leur point de vue, viennent faciliter ou limiter l'accès aux soins de santé mentale. Pourquoi est-il si important de prendre en compte le point de vue des usagers? L'existence de structures psychiatriques et des ressources psychologiques ne permet pas nécessairement d'éliminer les obstacles aux soins de santé mentale et ne garantit pas officiellement l'accessibilité à ces soins. Une meilleure connaissance de leur perception permet de mieux orienter les recherches, les choix d'interventions et l'implication des institutions. La connaissance de la vision des patients immigrants est donc cruciale. Elle permet aux acteurs et aux concepteurs des programmes d'interventions en santé mentale de mieux répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle, afin de réduire la sous-utilisation des services (Dutt et Kit, 2014). La perception qu'ont les immigrants à l'égard des soins de santé mentale en contexte québécois reste peu connue (Ahmed et Bates, 2012), et ce, en dépit du nombre croissant de recherches montrant la complexité des soins en contexte migratoire. Les chercheurs mettent l'accent davantage sur la perception qu'ont les intervenants et les fournisseurs de soins, à l'égard de l'intervention interculturelle (Lucas, Michalopoulou, Falzarano, Menon et Cunningham, 2008). Lorsqu'on aborde la question du recours aux soins de santé mentale en contexte migratoire, des études affirment que très peu d'immigrants utilisent ces services (Brown et al., 2011; Dhaliwal-Rai, 2002; Dutt et Kit, 2014; Kirmayer et al., 2007; Lebrun, 2010). La recherche de Levesque et Rocque (2015) révèle que le phénomène de la sous-utilisation des services de santé mentale au Canada est multifactoriel (p. ex., les

1. Adresse de correspondance : Centre Ourhou de psychologie, 129, rue Laarbi Ben Ahmed Albanay, Tahmidant, Er-Rich, Maroc. Téléphone : +(212) 707-188-639. Courriel : Abdelaaziz.ourhou@inas.social.gov.ma

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

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche repose sur un examen de la portée (*scoping review*) qui a suivi un cadre constitué de cinq phases élaborées par Arksey et O'Malley (2005) : (1) l'élaboration des questions de recherche; (2) l'identification des écrits scientifiques pertinents; (3) la sélection des études; (4) la cartographie des données dans les études repérées; et (5) le rassemblement, le résumé et la présentation des résultats. Deux questions ont été explorées, soit : (1) Comment les immigrants perçoivent-ils les services de santé mentale en contexte migratoire occidental? et (2) Quels sont les défis et les obstacles aux soins de santé mentale auxquels font face ces immigrants?

Afin de cibler les articles qui abordent le thème de la présente recherche, de nombreux mots clés en français et en anglais ont été utilisés : « Immigrants, perceptions, santé mentale, psychothérapie, transculturel, obstacles aux soins, *mental health*, *psychotherapy*, *transcultural*, *barriers to care* ». Une identification des études publiées entre 2000 et 2017 a été réalisée. La recherche de ces textes a été effectuée dans six bases de données (JSTOR, PsycINFO, CINAHL, Cochrane, MEDLINE et EBSCO). Google Scholar a été utilisé. Les articles en français et en anglais, qui abordent les perceptions des immigrants à l'égard des services de santé mentale et les obstacles auxquels ils sont confrontés, ont été retenus afin de réaliser un état des lieux plus actuel. Après l'identification de 860 études, un premier tri a été effectué par le

chercheur en se basant sur les titres et les résumés, ce qui a permis de sélectionner 69 études. Puis, le chercheur a procédé à un second tri en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion (voir Tableau 1).

À la suite du second tri, les études retenues ont été consultées et analysées de manière intégrale et approfondie, ce qui a permis au chercheur d'éliminer celles qui ne respectaient pas les critères d'inclusion. Tout texte qui semblait moins pertinent était alors rejeté : les articles qui ne portaient pas sur les défis, les barrières et les soins de santé mentale en contexte migratoire, selon la perspective des patients, ont été exclus. Les études sélectionnées (N = 39) pour le présent article ont été retenues parce qu'elles mettaient l'accent sur le thème de la présente recherche. Ces textes identifiés nous ont permis de synthétiser les données scientifiques axées sur la vision des usagers.

Le recours à l'*examen de la portée* (Arksey et O'Malley, 2005) a été choisi afin d'explorer systématiquement et de façon éclairée les travaux de recherche effectués sur les perceptions des patients immigrants, à l'égard des services de santé mentale en contexte migratoire. Les fondements conceptuels des articles repérés sont multidisciplinaires. L'analyse des

Tableau 1
Critères d'inclusion et d'exclusion des études

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

recherches a permis de structurer la présentation des résultats autour des sous-thèmes suivants : (1) les principaux obstacles aux soins selon les usagers immigrants; (2) les attitudes des patients; (3) la somatisation; (4) les divergences culturelles; (5) la communication; (6) la forme d'aide psychologique privilégiée; et (7) la religion et la psychothérapie. Ce qui caractérise cette présente étude est le fait qu'elle vise une compréhension de la perception et les représentations des patients immigrants concernant les services de santé mentale en contexte migratoire en synthétisant les études effectuées au Canada, aux États-Unis et en Europe.

RÉSULTATS

Les principaux obstacles aux soins de santé mentale selon les patients

Obstacles généraux

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

D'autres barrières incluent une vision déformée sur les soins de santé mentale, les croyances des patients non comprises par les cliniciens (Fenta et al., 2006; Frey et Roysircar, 2006), le recours aux médecins de famille au lieu de faire appel aux cliniciens spécialisés en santé mentale, la méconnaissance des troubles mentaux, la méfiance vis-à-vis des cliniciens, ainsi qu'un niveau faible d'acculturation (Cader, 2017). De plus, les problèmes de transport, le manque d'assurance santé, les difficultés à planifier des périodes de repos, la peur de perdre son emploi, la distance géographique, ainsi que le coût élevé des soins, limitent également cet accès (Carlos, 2016).

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

Les attitudes des patients

Selon Abe-Kim et al. (2007), certains immigrants semblent avoir des taux d'utilisation des services liés à la santé mentale inférieurs à ceux de la population générale. Ils sont difficilement disposés à partager leur vécu personnel avec les professionnels de la santé mentale. Ils préfèrent consulter les membres de la famille, les amis, les fournisseurs de soins primaires et les guérisseurs traditionnels qui traitent les problèmes émotionnels en tant que problèmes organiques (Dutt et Kit, 2014).

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

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

Selon Cabassa et al. (2007) et Pavlish et al. (2010), les sentiments d'infériorité, ainsi que la peur des moqueries des autres mènent la famille à ne pas chercher de l'aide clinique. Ces sentiments s'ajoutent aux idées reçues sur l'incurabilité des troubles mentaux et dressent un véritable obstacle entre la personne atteinte, la société et les milieux de soins (Smith, 2011). Ceci indique, selon ce chercheur, une faible confiance dans les services psychologiques conventionnels, ainsi qu'une attitude de stigmatisation associée aux problèmes psychologiques.

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

De plus, certains immigrants japonais (Thaler et Fujii, 2014) souscrivent à un système d'attitudes selon lequel les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques ne sont pas perçus comme des problèmes de santé mentale nécessitant la recherche de l'aide

psychologique. Les troubles psychotiques sont les seules affections mentales acceptées comme un véritable trouble psychiatrique qui favorise l'accès aux soins de santé mentale chez certains Asiatiques (Chen et al., 2010; Fang, 2010; Thaler et Fujii, 2014). Dans leur recherche portant sur les représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants africains subsahariens, Levesque et Rocque (2015) ont révélé que les participants à leur recherche accordent au soutien social des proches, de la communauté et de la société de manière globale, une place centrale pour venir en aide aux personnes atteintes de troubles mentaux. Le recours aux médecins, et dans une certaine mesure aux psychothérapeutes, est ressorti comme étant la deuxième stratégie adoptée par cette communauté. Cependant, la stigmatisation empêche certains d'entre eux à faire appel aux services de santé mentale. En outre, l'utilisation de la religion a été perçue par certains participants, comme moyen permettant de soulager les troubles de santé mentale. Le fait de croire en Dieu permet de combattre le trouble mental pour ce groupe d'immigrants (Levesque et Rocque, 2015). Finalement, selon Dhaliwal-Rai (2002), l'évitement des milieux de soins de santé mentale est soutenu par d'autres facteurs : le niveau élevé des valeurs familiales et les rôles centraux de la famille, les particularités des modèles spirituels de la maladie mentale et les normes subjectives des référents sociaux (p. ex., les parents, les frères et sœurs) dans le processus de décision de recherche d'aide.

La sémiologie de la souffrance psychologique : la somatisation

Percevoir une difficulté émotionnelle comme un problème somatique empêche certains immigrants d'accéder aux soins de santé mentale (Dhaliwal-Rai, 2002). Selon l'étude de cette auteure, effectuée auprès d'un groupe d'immigrants provenant de l'Inde, les difficultés psychologiques peuvent se traduire par des symptômes cardiaques. Ceux-ci peuvent s'exprimer dans un contexte de perte de contrôle émotionnel et social, car le cœur, selon les croyances culturelles de ce groupe d'immigrants, joue un rôle central dans l'expression des problèmes psychologiques. Le cœur est culturellement perçu par ces immigrants comme régulateur de la vie et des fonctions du corps; il représente pour eux un organe plus important que le cerveau (Dhaliwal-Rai, 2002). Dans ce même ordre d'idées, selon Fang (2010) et Leong et al. (2003), certains patients Chinois ont tendance à percevoir les troubles mentaux comme des troubles physiques. Il arrive souvent qu'ils somatisent leurs problèmes psychologiques et interpersonnels (Kung et Lu, 2008). Les problèmes émotionnels se convertissent en troubles physiques également chez certains immigrants provenant de l'Inde (Dutt et Kit, 2014), ce qui explique le recours aux soins médicaux et l'évitement des soins d'ordre psychologique.

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

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

Les divergences culturelles

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

La pluralité des explications étiologiques des problèmes émotionnels peut aussi amener certains immigrants à sous-estimer le recours aux soins psychothérapeutiques. Par exemple, certains Latins perçoivent la dépression comme une condition angoissante associée à des facteurs contextuels, interpersonnels, ainsi qu'à des tensions socioéconomiques (Cabassa et al., 2007). Les difficultés psychologiques sont perçues alors comme un résultat des facteurs environnementaux, ce qui nécessite un ensemble de

solutions sociales et économiques. Dans ce même sens, certains Africains subsahariens plaçaient les facteurs sociaux (p. ex., l'environnement social de la personne, les événements sociaux traumatisants, le processus migratoire, etc.) au premier rang. Les facteurs surnaturels et individuels (p. ex., la gestion des émotions, les drogues, les aberrations génétiques et biologiques) ont été considérés aussi comme des causes des troubles psychologiques (Levesque et Rocque, 2015). Certains Chinois attribuent les problèmes émotionnels à des facteurs sociaux, religieux, cosmologiques (vengeance du monde surnaturel et des ancêtres), moraux (violer le code de Confucius) et physiologiques (Fang, 2010). Les problèmes émotionnels résultent également, selon les Chinois, d'un déséquilibre entre le yin et le yang. La perception de la genèse des troubles psychologiques et des traitements, selon cette clientèle, peut être différente. On remarque aussi que l'état symptomatique de certains immigrants chinois, atteints de troubles mentaux graves et persistants, lorsqu'ils accèdent aux soins psychiatriques, se détériore comparativement aux usagers occidentaux (Chen et al., 2009), ce qui nécessite une longue hospitalisation pour cette clientèle (Chen et al., 2003).

La communication

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

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

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

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

L'expérience avec certains clients provenant de l'Inde montre que ce groupe minoritaire montre une forte préférence pour les services psychologiques qui sont basés sur l'implication de la famille en psychothérapie (Dutt et Kit, 2014). La communication familiale en psychothérapie est alors centrale pour cette clientèle. Puisque le bien-être psychologique est déterminé par le bonheur du groupe et par l'appartenance à la collectivité, les réalisations personnelles et le développement personnel ne contribuent pas de manière unidimensionnelle et décisive, au bonheur chez cette communauté (Nippoda, 2003). Ainsi, le concept de soi est déterminé par le rôle social joué par l'individu.

La forme d'aide psychologique privilégiée

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

En Occident, le patient en tant qu'individu a une part de responsabilité quant à la réussite du traitement psychologique. Il doit premièrement s'engager tout en fournissant toutes les informations pertinentes à l'évaluation et au traitement et, deuxièmement, suivre les recommandations techniques du psychothérapeute. Pour les non occidentaux, le rôle de l'unité familiale et de la collectivité lors de l'élaboration d'une évaluation du problème et d'un plan de soin est fondamental (Nippoda, 2003). Certains de ces immigrants privilégient une psychothérapie guidée par des valeurs centrées sur l'harmonie groupale et familiale, ainsi que sur l'interdépendance (Pavlish et al., 2010). La consultation de la famille est donc centrale lors de la psychothérapie (Dhaliwal-Rai, 2002). Certains immigrants collectivistes mettent l'accent sur l'unité familiale et peuvent souhaiter que leur famille soit impliquée durant le processus thérapeutique. Pour ces raisons, la thérapie familiale est particulièrement la méthode thérapeutique la plus adaptée à ces patients. Cette forme de thérapie permettra à la famille de chercher les soins psychologiques, de négocier des rôles changeants, d'identifier les facteurs de stress familiaux, de mieux communiquer et de découvrir de nouvelles façons qui permettent de tisser des relations familiales saines (Owaka, 2015).

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

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

La religion et la psychothérapie

La perception négative de la psychothérapie est présente chez certains immigrants non occidentaux (Donnelly et al., 2011). Selon Smith (2011), certains membres de la communauté musulmane évitent le traitement psychologique et font appel aux guides religieux ou aux médecins pour faire face aux troubles psychologiques. Pour cet auteur, même s'ils soulèvent un nombre de variables naturelles contribuant à la genèse des problèmes psychologiques, dont l'environnement, les gènes,

les drogues et les hormones, les immigrants musulmans attribuent les troubles émotionnels à d'autres facteurs comme les problèmes spirituels, la perturbation de l'âme et une faible foi religieuse. En conséquence, l'utilisation des ressources personnelles, la lecture du Coran, le recours à la prière et à la consultation des imams constituent des moyens thérapeutiques qui permettent de soulager ces troubles. Ces moyens forment pour ces personnes une source d'espoir et de multiples solutions à leurs difficultés émotionnelles. Selon Smith (2011), pour ces immigrants, les psychothérapies semblent culturellement incompatibles et peu efficaces, notamment qu'ils manifestent leur inquiétude à propos des thérapeutes qui ignorent les valeurs religieuses en psychothérapie et qui suggèrent des solutions, qui peuvent contredire les postulats de la religion islamique. La religion est perçue ici de manière positive (Jarvis et al., 2005) et comme une véritable source de force permettant d'atténuer les symptômes des troubles émotionnels (Cummings et al., 2003; Jang et al., 2006; Jarvis et al., 2005).

Certains immigrants non occidentaux ont ce besoin de dépasser les paramètres médicaux et biologiques et de considérer la religion comme un système de soins de santé qui s'adresse principalement à l'âme, en s'appuyant sur le rapport à Dieu pour affronter les difficultés émotionnelles, aspect central de la vie humaine qui alimente l'espoir et la possibilité de contrôler le destin et de renforcer ses ressources adaptatives (Mwangi, 2017; Pavlish et al., 2010). La religion est souvent considérée comme un moyen alternatif important permettant de soulager les symptômes de la souffrance psychologique (O'Mahony et al., 2013; Wong et Tsang, 2004). La pathologie mentale est souvent comprise dans un cadre religieux selon certains immigrants (Fenta et al., 2006; Levesque et Rocque, 2015; Loewenthal et al., 2012). Cela indique que les chefs religieux ont une influence importante au sein de la population immigrée en raison de leur méthode répondant à leurs besoins spirituels, physiques et psychologiques (Fenta et al., 2006; Mwangi, 2017). Pour la personne affectée par les problèmes émotionnels, Dieu constitue une source de sécurité, d'optimisme, de signification, de sens et des explications causales. C'est pour ces raisons que certains immigrants voient souvent la psychothérapie comme une méthode basée sur un dogme laïque (Boyd-Franklin, 2003), qui ne reconnaît pas le rôle curatif de la religion en santé mentale (Chaze et al., 2015). De plus, certains immigrants pensent que la psychothérapie occidentale va à l'encontre de leurs religions, notamment que les psychothérapeutes occidentaux leur suggèrent d'exclure les croyances religieuses en psychothérapie (Donnelly et al., 2011). Cette situation limite l'accès de cette clientèle aux services de santé mentale.

DISCUSSION

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

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

même aire culturelle, et qui ne souscrivent pas forcément au système de référence relatif aux conceptions des problèmes de santé mentale et aux approches de guérison véhiculées, dans leur société d'origine (Levesque et Rocque, 2015).

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

Lors de l'intervention, expliquer aux patients les approches d'interventions, facilitera le développement de l'alliance thérapeutique tout en les encourageant à trouver eux-mêmes leurs propres solutions. L'évaluation de l'efficacité des interventions de manière régulière après les trois premières séances permet à ces patients de comprendre qu'il y a un changement et des apprentissages réalisés. Demander à ces patients comment ils perçoivent les interventions et la collaboration avec le clinicien, permettra de renforcer la confiance mutuelle. Dans ce sens, une communication interculturelle semble nécessaire entre les cliniciens et les immigrants. Elle permet de réduire le taux d'abandon prématuré des services psychologiques, de diminuer l'effet négatif des préjugés culturels sur le recours aux services de santé mentale (Dutt et Kit, 2014; Shibusawa et Chung, 2009), ainsi que sur l'application des recommandations thérapeutiques (Aina et Morakinyo, 2011). De plus, accorder du temps nécessaire au patient en intervention est vital. Une séance de psychothérapie peut durer plus d'une heure selon le contexte (Pocreau et Martins-Borges, 2013). Le patient a besoin d'un espace thérapeutique chaleureux et accueillant, ainsi que du temps nécessaire à l'expression de son vécu. La valorisation de l'aspect relationnel chaleureux, de la dimension subjective et du rôle de la pensée et de l'émotion est fondamentale.

En contexte interculturel, construire des sites Internet éducatifs pour réduire certaines attitudes négatives, qui limitent l'accès des immigrants aux soins de santé mentale, est souhaitable (Boghosian, 2011; Dhaliwal-

Rai, 2002; Mwangi, 2017). L'éducation permet aux immigrants de penser que la relation d'aide n'est pas un espace visant la recherche d'une vérité absolue ou un contexte favorisant la perte d'identité, mais un lieu de communication dont le but principal est de répondre à un besoin ou de résoudre un problème. Comprendre qu'il n'existe pas de réponse universelle et unique à ces besoins, ou une façon sûre de résoudre ces problèmes peut améliorer l'accès aux soins de santé mentale. Lorsque les pratiques de guérison traditionnelles échouent, s'ouvrir à d'autres moyens culturellement différents permet d'expérimenter et d'investir d'autres angles de vision de résolution de problèmes, ce qui constitue une occasion bénéfique d'augmenter et de diversifier les stratégies individuelles d'adaptation et de disposer de différentes méthodes déjà expérimentées par d'autres patients porteurs de valeurs culturelles différentes.

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

CONCLUSION

La présente recherche porte sur la perception des immigrants à l'égard de l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. Son but était de mieux comprendre les obstacles entourant l'accès aux soins pour cette clientèle selon les données scientifiques repérées. Les résultats ont permis de croiser et de synthétiser les données de plusieurs recherches interculturelles. Nous avons vu que la culture influence principalement l'utilisation des services de santé mentale en contexte migratoire (Dutt et Kit, 2014). Mais l'absence des recherches québécoises qui portent sur la perception des patients immigrants rend l'application des résultats de la présente étude au contexte québécois très difficile. Il s'agit alors de la limite principale de cet article, puisqu'il est difficile de penser que son contenu reflète la vraie réalité des immigrants installés au Québec. En revanche, les résultats de cette présente recherche éclairent globalement les barrières auxquels font face certains immigrants ayant des difficultés psychologiques en Occident (Boghosian, 2011; Dhaliwal-Rai, 2002; Mwangi, 2017). Ainsi, il reste primordial de prendre en considération ces multiples défis culturels (Fang, 2010) et la complexité des enjeux entourant l'accès aux soins, ce qui nous amène à une reconnaissance de

l'importance d'adapter les procédures et les approches (Dutt et Kit, 2014), tant du point de vue de la recherche, que de l'intervention, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire.

RÉFÉRENCES

- Abe-Kim, J., Takeuchi, D. T., Hong, S., Zane, N., Sue, S., Spencer, M. S., Appel, H., Nicdao, E. et Alegría, M. (2007). Use of mental health-related services among immigrant and US-born Asian Americans: Results from the National Latino and Asian American study. *American Journal of Public Health*, 97(1), 91-98.
- Ahmed, R. et Bates, B. R. (2012). Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(3), 287-296.
- Aina, O. F. et Morakinyo, O. (2011). Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans. *African Journal of Psychiatry*, 14(4), 278-285.
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Bergeron, D. (2005). Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. Pour une psychiatrie clinique éthique. *Où va la psychiatrie*, 30(1), 197-214.
- Boghossian, S. (2011). *Counseling and psychotherapy with clients of Middle Eastern descent: A qualitative inquiry*. Utah State University.
- Boyd-Franklin, N. (2003). *Black families in therapy* (2^e éd.). Guilford Press.
- Brown, J. S., Casey, S. J., Bishop, A. J., 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(4), 362-374.
- Cabassa, L. J., Lester, R. et Zayas, L. H. (2007). "It's like being in a labyrinth:" Hispanic immigrants' perceptions of depression and attitudes toward treatments. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(1), 1-16.
- Cader, N. H. (2017). *Exploring experiences of mental health in second generation South Asian Canadians* [en ligne]. https://ir.library.utoronto.ca/bitstream/10155/812/1/Cader_Nurul_Hinaya.pdf
- Carlos, J. K. (2016). *Canada's (Live-in) Caregiver Program: Perceived impacts on health and access to health care among immigrant filipina live-in caregivers in the greater Toronto area, Ontario, Canada* (Thèse de doctorat inédite). University of Toronto, Toronto, ON.
- Chaze, F., Thomson, M. S., George, U. et Guruge, S. (2015). Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(3), 87-101.
- Chen, A. W. et Kazanjian, A. (2002). Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 41(1), 75-82.
- Chen, A. W., Kazanjian, A., Wong, H. et Goldner, E. M. (2010). Mental health service use by Chinese immigrants with severe and persistent mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(1), 35-42.
- Chen, A. W., Kazanjian, A., Wong, H. et Reid, R. J. (2009). Differences in mental health diagnoses between recent Chinese immigrants and a comparison population in British Columbia. *Healthcare Policy*, 5(2), 40-50.
- Chen, S., Sullivan, N., Lu, Y. et Shibusawa, T. (2003). Asian Americans and mental health services: A study of utilization patterns in the 1990s. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 12(2), 19-42.
- Chiu, M. Y.-L. (2004). Why Chinese women do not seek help: A cultural perspective on the psychology of women. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 155-166.
- Cummings, S. M., Neff, J. A. et Husaini, B. A. (2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support. *Health and Social Work*, 28(1), 23-32.

- Dhaliwal-Rai, K. (2002). *Perspectives on mental wellness/health of Punjabi Sikh immigrants in the city of Surrey* (Thèse de doctorat inédite). The University of British Columbia, Colombie-Britannique, Canada.
- Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C. et Clinton, M. (2011). If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 279-290.
- Dutt, A. S. et Kit, P. L. (2014). Cross-cultural considerations with Asian Indian American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler et B. D. Leany (dir.), *Guide to psychological assessment with Asians* (p. 61-74). Springer.
- Ezeobebe, I., Malecha, A., Landrum, P. et Symes, L. (2010). Depression and Nigerian-born immigrant women in the United States: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 193-201.
- Fang, L. (2010). *Perspective socioculturelle de l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants chinois* [en ligne].
http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/svs/fichiers/acsw10special_f.pdf
- Fenta, H., Hyman, I. et Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 925-934.
- Frey, L. L. et Roysircar, G. (2006). South Asian and East Asian international students' perceived prejudice, acculturation, and frequency of help resource utilization. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 34(4), 208-222.
- Hamid, A. et Furnham, A. (2012). Factors affecting attitude towards seeking professional help for mental illness: A UK Arab perspective. *Mental Health, Religion et Culture*, 16(7), 741-758.
- Hill-Lindsay, A. R. (2007). *The influence of acculturation on mental health and attitudes towards seeking mental health services in Iranian immigrants*. Alliant International University.
- Jang, Y., Borenstein, A. R., Chiriboga, D. A., Phillips, K. et Mortimer, J. A. (2006). Religiosity, adherence to traditional culture, and psychological well-being among African American elders. *Journal of Applied Gerontology*, 25(5), 343-355.
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Weinfeld, M. et Lasry, J. C. (2005). Religious practice and psychological distress: The importance of gender, ethnicity and immigrant status. *Transcultural Psychiatry*, 42(4), 657-675.
- Kimpara, S., Wong, J. et Chau, K. (2014). Cross-cultural considerations with Chinese American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler et B. D. Leany (dir.), *Guide to psychological assessment with Asians* (p. 7-26). Springer.
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J. C. et Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295-304.
- Kung, W. W. (2003). Chinese Americans' help seeking for emotional distress. *Social Service Review*, 77(1), 110-134.
- Kung, W. W. et Lu, P.-C. (2008). How symptom manifestations affect help seeking for mental health problems among Chinese Americans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 46-54.
- Kuo, B. C., Roldan-Bau, A. et Lowinger, R. (2015). Psychological help-seeking among Latin American immigrants in Canada: Testing a culturally-expanded model of the Theory of Reasoned Action using path analysis. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(2), 179-197.
- Lebrun, L. A. (2010). Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Canadian Ethnic Studies*, 41(3), 247-260.
- Leong, F. T., Okazaki, S. et Tak, J. (2003). Assessment of depression and anxiety in East Asia. *Psychological Assessment*, 15(3), 290-305.
- Levesque, A. et Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice-Revue internationale de la recherche interculturelle*, 5(1), 69-82.

- Li, H. Z. et Browne, A. J. (2009). Defining mental illness and accessing mental health services: Perspectives of Asian Canadians. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(1), 143-159.
- Loewenthal, D., Mohamed, A., Mukhopadhyay, S., Ganesh, K. et Thomas, R. (2012). Reducing the barriers to accessing psychological therapies for Bengali, Urdu, Tamil and Somali communities in the UK: Some implications for training, policy and practice. *British Journal of Guidance et Counselling*, 40(1), 43-66.
- Lucas, T., Michalopoulou, G., Falzarano, P., Menon, S. et Cunningham, W. (2008). Healthcare provider cultural competency: Development and initial validation of a patient report measure. *Health Psychology*, 27(2), 185-193.
- Mwangi, R. M. (2017). Attitudes toward professional psychological help among Kenyan immigrants living in the United States. Western Michigan University, Michigan, Détroit.
- Nippoda, Y. (2003). Establishing mental health services for the Japanese community in the United Kingdom. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 25(2-3), 169-180.
- O'Mahony, J. M. et Donnelly, T. T. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(5), 453-471.
- O'Mahony, J. M., Donnelly, T. T., Bouchal, S. R. et Este, D. (2013). Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 300-314.
- Owaka, M. (2015). *Black African immigrants' acculturation and psychosocial functioning: A clinical literature review* [en ligne].
<https://search.proquest.com/openview/a416f32079a9fb8c887879fee1f9ca23/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Pavlish, C. L., Noor, S. et Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science et Medicine*, 71(2), 353-361.
- Pocreau, J. B. et Martins-Borges, L. (2013). La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 227-242.
- Reich, H., Bockel, L. et Mewes, R. (2014). Motivation for psychotherapy and illness beliefs in Turkish immigrant inpatients in Germany: Results of a cultural comparison study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2(1), 112-123.
- Romero, R. E. (2000). The icon of the strong Black woman: The paradox of strength. Dans L. C. Jackson et B. Greene (dir.), *Psychotherapy with African American women: Innovations in psychodynamic perspectives and practice* (p. 225-238). Guilford Press.
- Schwartz, P. Y. (2002). Why is neurasthenia important in Asian cultures?. *Western Journal of Medicine*, 176(4), 257-258.
- Sellers, S. L., Ward, E. C. et Pate, D. (2006). Dimensions of depression: A qualitative study of wellbeing among Black African immigrant women. *Qualitative Social Work*, 5(1), 45-66.
- Shibusawa, T. et Chung, I. W. (2009). Wrapping and unwrapping emotions: Clinical practice with East Asian immigrant elders. *Clinical Social Work Journal*, 37(4), 312-319.
- Smith, J. (2011). *Removing barriers to therapy with Muslim-Arab-American clients*. Antioch University.
- Spencer, M. S. et Chen, J. (2004). Effect of discrimination on mental health service utilization among Chinese Americans. *American Journal of Public Health*, 94(5), 809-814.
- Thaler, N. S. et Fujii, D. E. (2014). Cross-cultural considerations with Japanese American clients: A perspective on psychological assessment. Dans L. T. Benuto, N. Thaler et B. D. Leany (dir.), *Guide to psychological assessment with Asians* (p. 27-42). Springer.
- Timbo, D. M. (2016). *African American clients' perceptions of therapists' multicultural counseling competencies* (Thèse de doctorat inédite). Carlow University, Pittsburgh, Pennsylvanie.
- van Ryn, M. et Fu, S. S. (2003). Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health?. *American Journal of Public Health*, 93(2), 248-255.
- Wong, Y. L. R. et Tsang, A. K. T. (2004). When Asian immigrant women speak: From mental health to strategies of being. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4), 456-466.

RÉSUMÉ

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

MOTS CLÉS

immigrants, perceptions, santé mentale, psychothérapie, transculturel, obstacles aux soins

ABSTRACT

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

KEYWORDS

immigrants, perceptions, mental health, psychotherapy, transcultural, barriers to care
