

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE PAR LES
IMMIGRANTS AFRICAINS AU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL RECHERCHE)

PAR
TCHAA BALAKIYEME BOUKPESSI

OCTOBRE 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL RECHERCHE) (Ph. D.)

Direction de recherche :

Jean-Pierre Gagnier, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
---	------------------------

Lonzozou Kpanaké, Ph.D. Université du Québec – TELUQ	codirecteur de recherche
---	--------------------------

Jury d'évaluation :

Jean-Pierre Gagnier, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
---	------------------------

Lonzozou Kpanaké, Ph.D. Université du Québec – TELUQ	codirecteur de recherche
---	--------------------------

Carl Lacharité, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières	président du jury
--	-------------------

Julie Lefebvre, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluatrice interne
--	---------------------

Étienne Mullet, Ph.D. École pratique des Hautes Études de Paris	évaluateur externe
--	--------------------

Thèse soutenue le 23/09/2021

Cette thèse a été rédigée sous forme d'articles scientifiques, conformément au règlement des études de cycles supérieurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières (138). Les articles ont été rédigés selon les normes de publication des revues et selon la culture qui y règne. Les noms de mes directeurs apparaissent comme co-auteurs de l'article publié et de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Un nombre croissant de recherches suggèrent des besoins considérables en matière de soins de santé mentale dans les communautés d'immigrants africains du fait de la nature stressante du processus d'immigration. Bien que la « Stratégie en matière de santé mentale » du Canada considère l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants comme une priorité, il existe peu d'informations sur les raisons qui sous-tendent le faible taux d'utilisation des services chez les immigrants non européens. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné les modèles d'utilisation des services de santé mentale chez les immigrants africains. À ce jour, il n'est pas clairement établi si la sous-utilisation des services de santé mentale par les immigrants non caucasiens reflète une diminution de besoins ou est le produit d'une situation institutionnelle ou des barrières socioculturelles, comme le présume la recherche. De plus, alors que les études précédentes ont identifié les facteurs qui affectent l'attitude de recherche d'aide professionnelle des immigrants, à notre étonnement peu de tentatives ont été faites pour comprendre la manière dont ces facteurs contribuent à la prise de la décision de demander (ou de ne pas demander) de l'aide, auprès des services professionnels de santé mentale. Devant ces enjeux, l'objectif général de la thèse est de comprendre les attitudes des immigrants africains vivant au Québec envers l'utilisation des services formels de santé mentale ainsi que d'examiner leur volonté à demander des soins auprès des services de santé mentale officiels en cas de problème émotionnel. Deux articles scientifiques visent à atteindre cet objectif. Le premier article tente de délinéer une possible structure motivationnelle sous-jacente aux raisons de la sous-utilisation des services de santé mentale et d'isoler des types

spécifiques de raisons et de mesurer leurs contributions en utilisant une approche structurelle. Le deuxième article a pour objectif d'examiner la volonté des immigrants africains vivant au Québec de chercher des soins pour la dépression auprès des services de santé mentale formels. Leur volonté a été examinée dans différentes circonstances variant en fonction de la gravité des symptômes, du type de soins de santé mentale, du temps d'attente pour une première consultation, et la disponibilité des sources de soins informelles. Les résultats montrent une diversité de position qui suggèrent fortement que la conception et la mise en œuvre d'interventions visant à réduire les disparités dans l'utilisation des soins de santé mentale par les immigrants africains ne doit pas être « unique » mais doit être adaptée pour répondre aux différences d'attitudes et de besoins de ces immigrants. En plus, que les stratégies visant à promouvoir l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants africains doivent être multiformes plutôt que centrées sur un seul obstacle. Lors de la mise en œuvre de ces stratégies, les décideurs devraient mettre davantage l'accent sur l'augmentation des connaissances en matière de santé mentale parmi les communautés d'immigrants africains, ainsi que sur la fourniture de soins de santé mentale adaptés à leur culture. La discussion générale de la thèse fait ressortir les implications méthodologiques et pratiques découlant des articles. Elle relate également les limites et offre de nouvelles pistes de recherches ultérieures afin d'apporter des connaissances novatrices sur les raisons de la sous-utilisation des services formels de santé mentale par les immigrants africains.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Remerciements	xiii
Introduction générale	1
Chapitre 1. Présentation des concepts liés à l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants Africains au Québec	10
Santé mentale chez les migrants (présentation et prévalence)	14
Définition de concepts	14
Présentation	15
Prévalence	19
Utilisation des services de santé mentale : définition, prévalence, les concepts associés	22
Organisation des services formels de santé mentale au Québec	23
Situation générale sur l'utilisation des services de santé mentale	24
Utilisation des services de santé mentale par les migrants	25
Facteurs entravant l'utilisation des services de santé mentale par les migrants	26
Lacune des travaux sur l'utilisation des services de santé mentale par les migrants et objectifs de la thèse	32
Contribution des obstacles à la prise de décision de demander (ou ne pas demander) de l'aide auprès des services professionnels de santé mentale	33
Théorie fonctionnelle de la cognition de Anderson (1981, 1982, 1996)	35
Diagramme d'intégration	36

Opération de valuation.....	36
Opération d'intégration.....	37
Opération de réponse ou étape de l'action.....	38
Algèbre cognitive.....	39
Modèles d'intégration.....	40
Modèle additif.....	41
Modèle multiplicatif ou conjonctif.....	43
Modèle disjonctif.....	43
Structures motivationnelles sous-jacente aux raisons évoquées.....	44
Théorie de renversement de Apter (2007).....	46
Domaines ou axes de la motivation.....	47
Principaux états méta-motivationnels.....	48
Chapitre 2. Willingness to Use Mental Health Services for Depression Among African Immigrants and White Canadian-Born People in the Province of Quebec, Canada.....	53
Abstract.....	55
Introduction.....	57
Methods.....	60
Participants.....	60
Material.....	61
Procedure.....	65
Statistical analyses.....	66
Results.....	67

Influence of severity of symptoms, type of care, waiting time and availability of informal sources of care on participants' willingness to use mental health services.....	67
Participants' positions on willingness use mental health services.....	68
Discussion	76
References.....	81
Appendix A.....	84
Chapitre 3. Why are African Immigrants Reluctant to Use Mental Health Services?	
A Systematic Inventory of Reasons	85
Abstract	87
Background	88
Methods.....	91
Participants.....	91
Material	92
Procedure	93
Data analysis	94
Results.....	99
Discussion	103
Conclusions.....	106
Références	108
Discussion générale.....	111
Implications de la thèse.....	119
Limites des études.....	120
Conclusion générale	122

Références générales 125

Appendice. Instruments utilisés dans la thèse..... 139

Liste des tableaux

Tableau

1	Demographic Characteristics of the Sample. Composition of the Clusters	62
2	Main Results of the Overall ANOVA. Main Results of the ANOVAs Conducted at the Cluster Level	70
3	Results from the Second Exploratory Factor Analysis	94

Liste des figures

Figure

1	Diagramme de l'intégration de l'information d'après Anderson (1996)	36
2	La règle additive.....	42
3	La règle multiplicative	43
4	La règle correcte – la règle disjonctive	44
5	Les états méta- motivationnels de la théorie du renversement émotionnel.....	51
6	Patterns of results showing the relationship between severity of symptoms and waiting time among African immigrants and White Canadian-born people	68
7	Patterns of results corresponding to the five clusters: Hesitant, Waiting Time, Waiting Time & Symptoms, Symptoms, Willing to Consult	69

Je dédie cette thèse à mon défunt père qui a été une grande source d'inspiration pour moi. Ton courage, ta détermination, ton sens de responsabilité et ton amour qui ne nous ont jamais fait défaut m'ont permis de me faire une place dans la société. Malgré tes moyens limités, tu t'es battu pour m'assurer un bel avenir. Cette thèse est le couronnement de tous tes efforts.

J'aurais voulu que tu sois à mes côtés pour savourer ce moment, mais le seigneur en a décidé autrement. Je prie Dieu pour qu'il t'accorde un repos éternel.

Remerciements

Mes remerciements vont particulièrement à mes directeurs de thèse, messieurs Jean-Pierre Gagnier et Lonzozou Kpanaké. Merci à vous deux pour vos conseils et tout le soutien que vous m'avez apporté dans la réalisation de cette thèse. Vous n'avez ménagé aucun effort dans la réalisation de ce travail de recherche. Votre notoriété et votre expertise m'ont permis de réaliser un travail de qualité. Vous vous êtes montrés toujours disponibles et vous n'avez pas hésité un seul instant à vous investir pleinement dans l'encadrement de ma thèse malgré votre emploi du temps chargé en lisant mes travaux et en apportant vos suggestions en vue de les améliorer. Vous resterez pour moi un modèle dans mes futurs travaux de recherche. Jean-Pierre, lorsque je suis venu vers vous dans le but de vous solliciter pour diriger ma thèse, vous m'avez accepté sans hésiter, et ce, même si je venais d'une culture différente de la vôtre. Ceci témoigne de votre ouverture d'esprit et de votre immense gentillesse. Je vous serai éternellement reconnaissant. Je vous souhaite une longue vie et une belle retraite. Je n'hésiterai pas à faire appel à votre expertise dans mes futurs travaux de recherche. Lonzozou, vous êtes un jeune chercheur plein de talent. Votre démarche et votre rigueur scientifique m'ont beaucoup inspiré. J'espère pouvoir les répliquer dans mes futures recherches. Votre contribution à la réalisation de ce travail de recherche est inestimable. Vous resterez également un modèle pour moi dans mes futurs travaux de recherche. Je vous souhaite une belle carrière d'enseignant et une longue vie afin que vous puissiez aider d'autres étudiants. À vous deux, je dis merci infiniment de vous être embarqués dans cette aventure avec moi. Grâce à vous, mon projet est devenu réalité.

Introduction générale

En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirmait que la charge de la santé mentale continue d'augmenter dans le monde (avec son lot de conséquences sur la santé, la vie socioéconomique et les droits de l'homme). À titre d'exemple, dans le monde, entier, 300 millions de personnes de tout âge souffrent de dépression, 60 millions de personnes de trouble affectif bipolaire et 21 millions de personnes de schizophrénie. Cependant, des études épidémiologiques internationales démontrent des disparités importantes entre le besoin de traitement des maladies mentales et l'utilisation des services de santé mentale (Fleury & Grenier, 2012). Le pourcentage de cas non traités de schizophrénie, de dépression majeure, d'alcoolisme et de troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence est estimé de 44 à 70 % dans les pays développés et à près de 90 % dans les pays en voie de développement (OMS, 2004). En Australie, à peine le tiers de l'ensemble des personnes ayant un trouble mental consulte (Andrews, Issakidis, & Carter, 2001). Aux États-Unis, bien que 20 % des enfants et adolescents soient aux prises avec un trouble mental, moins d'un sur cinq d'entre eux a accès à un traitement (Cloutier, Glennie, Kennedy, & Gray, 2009). De même, seulement 38,5 % de Canadiens présentant des troubles mentaux utilisent les services de santé mentale pour des raisons de santé mentale au cours d'une année (Statistique Canada, 2002). Il paraît évident qu'il y a une sous-utilisation des services de santé mentale dans plusieurs pays au monde y compris au Canada. Cette sous-utilisation des services de santé mentale semble plus marquée chez les immigrants lorsqu'on les compare aux Occidentaux. En effet, au Canada, plusieurs études

montrent que les immigrants non caucasiens utilisent moins les services de santé mentale que les natifs (Anderson et al., 2015; Burgos et al., 2007; Chaze, George, Thomson, & Guruge, 2015; Fleury, Liu, Wang, Whitley, & Caron, 2017). Par exemple, une étude récente a montré que les immigrants africains à Montréal étaient presque trois fois moins susceptibles d'utiliser les services de santé mentale en réponse à des problèmes émotionnels, des troubles mentaux et des dépendances, comparativement aux personnes nées au Canada (Fleury et al., 2017). Or, il est connu que l'immigration est un événement majeur de stress dans la vie qui comprend de nombreuses pertes, y compris la famille et les amis, la langue, la culture, la patrie, le statut social, les ressources culturelles, les contacts avec le groupe ethnique et le soi culturel (Carta, Bernal, Hardoy, & Haro-Abad, 2005; Shoval, Schoen, Vardi, & Zalsman, 2007). La nature chronique et multiforme de l'expérience de stress chez les immigrants est connue sous le nom de syndrome d'Ulysse (Carta et al., 2005), qui est lié à des problèmes de santé mentale majeurs, y compris la dépression, le comportement suicidaire, l'anxiété et les symptômes somatoformes (Carta et al., 2005; Wyatt, Ung, Park, Kwon, & Trinh-Shevrin, 2015).

De plus, un nombre croissant de recherches suggèrent des besoins considérables en matière soins de santé mentale dans les communautés d'immigrants africains. Une étude canadienne a révélé que le taux de prévalence de la dépression dans la communauté des immigrants éthiopiens en Ontario était plus élevé que ce taux estimé pour la population générale (Fenta, Hyman, & Noh, 2006). En Israël, les taux de suicide parmi les immigrants éthiopiens étaient considérablement plus élevés que dans la population générale (Farbstein

et al., 2002; Nachman et al., 2002). Étant donné que les taux de suicide dans la population éthiopienne étaient généralement égaux à ceux observés en Israël (Negash et al., 2005), des chercheurs ont conclu que l'augmentation du taux de suicidalité, chez les immigrants éthiopiens ne peut être attribuée à des niveaux plus élevés de problèmes de santé mentale existant avant l'immigration (Shoval et al., 2007). Au Royaume-Uni, les hommes hospitalisés qui se suicident étaient beaucoup plus susceptibles d'être des immigrants noirs africains que les hommes britanniques blancs (Bhui, Dinos, & McKenzie, 2012). Une autre étude a montré que les immigrants hommes d'Afrique du Nord présentaient des risques de suicide significativement plus élevés que les hommes nés en Angleterre (Shah, Lindsay, & Dennis, 2009). En Suède, une étude portant sur les besoins en santé mentale des immigrants africains a révélé que 20 % des participants répondaient aux critères de symptômes de la dépression, tandis que 18,5 % répondaient aux critères indicatifs de l'anxiété (Dunlavy, 2010).

Bien que la « Stratégie en matière de santé mentale » du Canada considère l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants comme une priorité (Mental Health Commission of Canada, 2012), il existe peu d'informations sur les raisons qui sous-tendent le faible taux d'utilisation des services chez les immigrants non européens. La seule étude qui a examiné ces raisons s'est concentrée sur les immigrants d'origine caribéenne (Whitley, Kirmayer, & Groleau, 2006). À l'aide d'entrevues ethnographiques qualitatives, cette étude a identifié une grande diversité de raisons qui sous-tendent la sous-utilisation des services de santé mentale : (a) la perception de la

volonté excessive des médecins de se fier aux médicaments pharmaceutiques comme intervention principale; (b) les croyances selon lesquelles les médicaments ne peuvent pas toucher aux racines des problèmes de santé mentale; (c) le manque de temps perçu des médecins, car il ne permettait pas aux patients de poser des questions; (d) difficulté à révéler son côté faible et à discuter de ses problèmes personnels avec un étranger; (e) les attitudes insouciantes et hostiles perçues des médecins lors des interactions médecin-patient précédentes; (f) croyances en la puissance curative des interventions spirituelles; et (g) préférence de la médecine traditionnelle populaire. Malheureusement, cette étude ne nous permet pas de comprendre les attitudes des immigrants africains envers l'utilisation des services formels de santé mentale. C'est-à-dire les structures motivationnelles qui sous-tendent ces raisons évoquées.

Il est connu que les immigrants africains constituaient le deuxième plus grand groupe d'immigrants récents au Canada, devant les immigrants d'origine européenne (Statistics Canada, 2017), mais à notre connaissance, aucune étude n'a examiné leurs modèles d'utilisation des services de santé mentale. De plus, comme ce groupe d'immigrants a ses propres représentations culturelles des symptômes, ses propres stratégies d'adaptation et ses propres défis sociaux (Knipscheer, De Jong, Kleber, & Lamptey, 2000; Knipscheer & Kleber, 2008; Kpanake, 2018), et parce que ces variables affectent la recherche d'aide pour les problèmes de santé mentale (Burgos et al., 2007; Fleury et al., 2017), les raisons qui sous-tendent la sous-utilisation des services de santé mentale trouvés dans d'autres groupes d'immigrants peut ne pas s'appliquer, ou du moins avec des poids différents.

En outre, assurer l'équité dans l'accès aux soins et l'utilisation appropriée des services de santé nécessitent une compréhension du comportement de recherche d'aide en santé mentale des immigrants non européens (non caucasiens) afin d'informer le développement de services équitables (Chaze et al., 2015). De manière générale, deux perspectives pour expliquer la sous-utilisation des services de santé mentale chez les immigrants non caucasiens ont été fournies à travers la recherche. Dans la première perspective, les chercheurs suggèrent que cette sous-utilisation reflète une diminution des besoins associés avec « l'effet d'immigrants en bonne santé ». L'hypothèse de « l'effet d'immigrants en bonne santé » suggère que les immigrants au Canada ont généralement une meilleure santé mentale que la population née au pays (McDonald & Kennedy, 2004; Newbold, 2005; Whitney, Wang, Fleury, Liu, & Caron, 2017). Dans la seconde perspective, d'autres chercheurs suggèrent que les disparités dans l'accès aux services de santé mentale sont le produit des barrières institutionnelles et socioculturelles qui désavantagent les immigrants non caucasiens. Ces obstacles comprennent le manque de compétence culturelle (c.-à-d. incapacité des prestataires à offrir des soins de santé qui répondent aux besoins sociaux et culturels patients) (Chaze et al., 2015; Fenta et al., 2006), les variations des modèles culturels de la maladie mentale (Fenta et al., 2006), la stigmatisation (Anderson et al., 2015; Chaze et al., 2015), la discrimination perçue (Chaze et al., 2015; Whitley et al., 2006), les variations dans la prestation de services (Fenta et al., 2006) et les besoins linguistiques (Chaze et al., 2015).

À ce jour, il n'est pas clairement établi si la sous-utilisation des services de santé mentale par les immigrants non caucasiens reflète une diminution des besoins ou est le produit d'une situation institutionnelle ou des barrières socioculturelles. De plus, alors que les études précédentes ont identifié les facteurs qui affectent l'attitude de recherche d'aide professionnelle des immigrants non caucasiens, à notre étonnement peu de tentatives ont été faites pour comprendre la manière dont ces facteurs contribuent à la prise de la décision de demander (ou de ne pas demander) de l'aide auprès des services professionnels de santé mentale. Toutefois, les résultats de plusieurs études suggèrent cependant fortement que l'acte de rechercher (ou de ne pas chercher) de l'aide des services professionnels de santé mentale n'est guère la conséquence de facteurs isolés. Au lieu de cela, c'est le résultat d'un processus de jugement actif dans lequel les patients pèsent, équilibrent et combinent différents facteurs circonstanciels (p. ex., la gravité des symptômes, l'efficacité perçue du traitement, la relation soignant et patient, le temps d'attente) (Farbstein et al., 2002; Fenta et al., 2006; Nachman et al., 2002; Negash et al., 2005). Ce manquement constaté dans la littérature limite notre compréhension du phénomène de la sous-utilisation des services formels de santé mentale par les immigrants non caucasiens en général et par les immigrants africains en particulier. Cette lacune peut s'expliquer par le fait que ces études antérieures sont pour la plupart a-théoriques. La théorie fonctionnelle de la cognition de Anderson (1981, 1982, 1996) aurait pu nous aider à comprendre comment les personnes prennent la décision de consulter ou non les services de santé mentale en cas de maladie. C'est une théorie issue de la psychophysique et qui s'intéresse au fonctionnement cognitif des individus lors de prises de décision ou de jugement.

De plus, les études précédentes suggèrent une grande diversité de raisons qui sous-tendent la sous-utilisation des services de santé mentale par les immigrants non caucasiens en général et par les immigrants africains en particulier, au Canada (Kirmayer et al., 2007; Whitley et al., 2006), sans faire ressortir la structure motivationnelle sous-jacente qui aurait pu nous aider à mieux appréhender le problème. Étant donné que des recherches antérieures suggèrent fortement que la sous-utilisation des services de santé mentale tout en ayant le besoin est le produit d'un réseau de motivations complexes, et que la nature et l'impact de certains motifs peuvent être totalement inattendus (Bagnulo, Muñoz Sastre, Kpanake, Sorum, & Mullet, 2019; Kpanake, Dassa, & Mullet, 2009; Zounon, Hans-Moevi Akué, Cohovi Quenum, Sorum, & Mullet, 2016). La théorie de renversement de Apter (2007) aurait pu aider à structurer ces motivations complexes. Cette théorie est un modèle explicatif des motivations qui induisent les comportements habituels ou exceptionnels des personnes. En d'autres termes, elle est une théorie de nos comportements et de nos expériences quotidiennes, et plus particulièrement une théorie explicative de ce qui sous-tend ces expériences et comportements.

En vue de pallier ces manquements, l'objectif général de la thèse est de comprendre les attitudes des immigrés africains vivant au Québec envers l'utilisation des services formels de santé mentale ainsi que d'examiner leur volonté à demander des soins auprès des services de santé mentale officiels en cas de problème émotionnel. Plus précisément, il s'agira de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les structures motivationnelles qui sous-tendent les raisons de la sous-utilisation des services formels de

santé mentale par les immigrants africains au Québec? Comment les immigrants africains jugent-ils leur volonté à demander ou non de l'aide auprès des services formels de santé mentale au Québec? Deux articles scientifiques visent à atteindre cet objectif. Le premier article tente de délinéer une possible structure motivationnelle sous-jacente à la sous-utilisation des services formels de santé mentale et d'isoler des types spécifiques de raisons et de mesurer leurs contributions en utilisant une approche structurelle. Le deuxième article a pour objectif d'examiner la volonté des immigrants africains vivant au Québec de chercher des soins pour la dépression auprès des services de santé mentale officiels. Leur volonté a été examinée dans différentes circonstances variant en fonction de la gravité des symptômes, du type de soins de santé mentale, du temps d'attente pour une première consultation, et la disponibilité des sources de soins informelles.

Le contexte théorique de la thèse sera présenté dans les prochaines sections de l'introduction. Nous présenterons le concept de l'immigration et ses liens avec la santé mentale. Ensuite, un aperçu sur l'organisation des services de santé mentale au Québec ainsi qu'un portrait sur l'utilisation des services formels de santé mentale par les immigrants et enfin le cadre théorique.

Chapitre 1

Présentation des concepts liés à l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants Africains au Québec

La santé mentale demeure un concept difficile à définir comme en témoigne la diversité des définitions qui s'y rapportent. Les définitions peuvent varier en fonction des domaines disciplinaires (Fleury & Grenier, 2012). Selon l'OMS (2007, en ligne), la santé mentale est un « état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». La bonne santé mentale fait référence non seulement à l'absence de troubles et de problèmes mentaux, mais également à la présence de diverses aptitudes d'adaptation comme l'aptitude à surmonter l'adversité, la flexibilité et l'équilibre (Association canadienne pour la santé mentale, 2010). Une autre définition plus globale, mais moins précise est celle de Robert et Gilkinson (2012), selon laquelle la santé mentale représente les grandes dimensions de la vie, soit les dimensions : biologique, psychologique et sociale. Le modèle biopsychosocial de la santé illustre bien cette conception. Ces trois définitions mettent l'accent sur l'absence de la maladie mentale, le fonctionnement de l'individu et ses capacités d'adaptations. Celle de l'Agence de la santé publique du Canada (2016) ajoute à ces trois motions une autre dimension, à savoir le bien-être spirituel. Elle définit alors la santé mentale comme la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle.

Tandis que Beiser et Hyman (1997) conceptualisent la santé mentale comme résultant d'une interaction complexe entre les facteurs de risque et les facteurs de protections sociaux et psychologiques. Il apparaît dès lors que la conceptualisation de la santé mentale relève largement d'un modèle écologiste qui intègre au-delà de l'absence de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de sa personne (Fleury & Grenier, 2012). La définition de santé mentale fait largement mention de l'absence de maladie mentale. Il convient dès lors de définir le concept de maladie mentale.

La maladie mentale n'en demeure pas un concept moins difficile à définir. Aucune définition ne délimite de façon correcte le concept de trouble mental. Par conséquent, il n'existe donc pas pour ce concept, une définition opérationnelle cohérente applicable à toutes les situations. Les termes tels que : la souffrance, la mauvaise capacité de contrôle de soi, le désavantage, le handicap, la rigidité, l'irrationalité, le modèle syndromique, l'étiologie et la déviation statistique ont été utilisés pour définir le concept de troubles mentaux. Chacun des concepts étant un indicateur utile sans être équivalent au concept de trouble mental. Différentes définitions s'imposent alors, dans différentes situations (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994). Ainsi, l'Agence de la santé publique du Canada (2016) définit les troubles mentaux comme une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associé à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqué. Le DSM-IV (APA, 1994), conceptualise le trouble mental comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique

cliniquement significatif, survenant chez un individu en association avec une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance) ou avec un handicap (p. ex., altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou encore avec un risque significativement élevé de décès, de souffrance, ou de perte importante de liberté. Il précise que ce modèle ou syndrome doit être différent d'une réaction attendue et culturellement admise à un évènement particulier, tel que le décès d'un être cher. Il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Pour ces auteurs, ni un comportement déviant (p. ex., politique, religieux ou sexuel) ni des conflits entre l'individu et la société ne sont des troubles mentaux, sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement chez l'individu considéré. Cette définition a été reprise de façon succincte par le DSM-V selon lequel, un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de la régulation des émotions ou un comportement qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont généralement associés à une détresse ou à un handicap important dans le cadre d'activités sociales, professionnelles ou autres. Une réponse prévisible ou culturellement approuvée à un facteur de stress ou à une perte commune, comme la mort d'un être cher, n'est pas un trouble mental. Un comportement socialement déviant (p. ex., politique, religieux ou sexuel) et les conflits qui sont principalement entre l'individu et la société ne sont pas des troubles mentaux à moins que la déviance ou le conflit résulte d'un dysfonctionnement de l'individu tel que décrit ci-dessus.

Santé mentale chez les migrants (présentation et prévalence)

Plusieurs études ont porté sur la santé mentale des immigrants (Stafford, Newbold, & Ross, 2011). Ces études révèlent que contrairement à l'« effet d'immigrant en bonne santé », certains groupes d'immigrants sont confrontés au problème de santé mentale dont il est important de souligner.

Définition de concepts

Le terme « migrant » a été diversement utilisé dans la littérature. Certaines études l'ont utilisé pour désigner une population mixte : migrants de première et deuxième génération (Harrison et al., 1997). D'autres études se réfèrent aux mêmes groupes en tant que minorité ethnique définie sur la base de la couleur de la peau (Goater et al., 1999). Dans le cadre de cette thèse, nous utiliserons ce terme pour désigner essentiellement les migrants de première génération.

Les migrants constituent un groupe de population hétérogène regroupant les immigrants et les réfugiés (Bhugra & Gupta, 2011). Les immigrants sont des personnes nées à l'extérieur et qui ont obtenu le droit de résider au Canada en permanence tandis que les réfugiés, sont quant à eux des personnes craignant à juste titre d'être persécutées dans leur pays d'origine en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à une organisation sociale et de leurs opinions politiques et qui quittent leur pays dont ils ne peuvent plus jouir de la protection pour demander la protection au prêt du Canada. Les demandeurs d'asile font partie intégrante du groupe des réfugiés, sauf que

ceux-ci sont en attente de la décision du gouvernement du Canada (Commission de la santé mentale du Canada, 2016a). Nous utiliserons les termes, tels que : immigrants récents pour désigner les immigrants qui sont arrivés au Canada il y a moins de 10 ans et immigrants de longue durée pour désigner ceux qui sont arrivés au Canada il y a 10 ans et plus (Aglipay, Colman, & Chen, 2013; Bergeron, Auger, & Hamel, 2009; Lou & Beaujot, 2005; Robert & Gilkinson, 2012).

Présentation

Au Canada, la santé mentale des migrants est un sujet d'intérêt national (Commission de la santé mentale du Canada, 2016b; Robert & Gilkinson, 2012; Statistique Canada, 2013a). En moyenne, ce sont plus de 200 000 immigrants et 25 000 réfugiés qui arrivent au Canada chaque année, ce qui place le Canada au premier rang des pays du G8 avec environ 20,6 % de sa population née à l'étranger (Citoyenneté et Immigration Canada, 2012, 2014; Statistique Canada, 2013b). Il était alors impérieux de s'enquérir de l'état de santé mentale des migrants, d'où la création du groupe de travail chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada en 1986 (Simich & Beiser, 2011, cité dans Bhugra & Gupta, 2011) et d'un groupe de travail sur la diversité, chargé d'examiner les améliorations à apporter aux services pour les groupes racialisés, les immigrants et les réfugiés au Canada, créé en 2008 par le comité consultatif sur les systèmes de prestation des services de la commission de la santé mentale du Canada (Commission de la santé mentale du Canada, 2016a).

Depuis 1980, la question de santé mentale des migrants a continué à se développer en profondeur et en largeur au Canada, se penchant sur les déterminants sociaux et culturels des problèmes de santé mentale chez les migrants. Elle a pris de l'ampleur au plan national dès 1986 avec la création du groupe de travail sur la santé mentale des migrants au Canada (Simich & Beiser, 2011, cité dans Bhugra & Gupta, 2011). Ainsi de 1986 à 2009, plus de 50 études ont planché sur le problème de santé mentale des groupes ethno-raciaux au Canada, notamment sur les aspects de la prévalence de la maladie mentale, des soins de santé pour les migrants, les risques et les perspectives pour la santé mentale (McKenzie, Hansson, Tuck, Lam, & Jackson, 2009). Après 2009, jusqu'à nos jours, les études continuent de comparer les migrants aux non-migrants, mais en présentant une analyse plus fine des groupes ethnoculturels et racialisés (Commission de la santé mentale du Canada, 2016b). Toutes ces études ont permis de comprendre que l'immigration en soi ne met pas en péril la santé mentale des migrants, et que ce sont les aléas entourant le processus de migration qui déterminent le risque éventuel sur la santé mentale. Les prochains paragraphes présentent les facteurs associés à l'immigration pouvant avoir un impact sur la santé mentale des migrants et le taux de prévalence des problèmes de santé mentale dans ce groupe.

Le stress est perçu comme un important facteur de risque de diverses maladies notamment les maladies mentales (Santé Canada, 2008). Ainsi, les facteurs de stress et d'adversité pré migratoire tel que : L'extrême pauvreté, le manque de papiers officiels, le passage frontalier dangereux, la détention et la déportation ainsi que la séparation des

familles peuvent être source de problèmes émotionnels chez les migrants (Crocker, 2015). Par ailleurs, les migrants peuvent se heurter à de multiples défis d'adaptation en post migration, à savoir : les pressions relatives à l'intégration, au changement de rôle et d'identité et à la discrimination (Beiser & Edwards, 1994; Cook, Alegria, Lin, & Guo, 2009; Noh & Avison, 1996; Noh, Beiser, Kaspar, Hou, & Rummens, 1999; Noh, Kaspar, & Wickrama, 2007; Tran, Manalo, & Nguyen, 2007). Ces auteurs se sont penchés séparément sur l'effet des facteurs pré migratoire et post migratoire sur la santé mentale des migrants. D'autres auteurs pensent que c'est la combinaison de ces facteurs de stress pré migratoire et post migratoire qui peut mettre en péril la santé mentale des migrants. Ils affirment que le fait d'être placé dans un camp de réfugiés ou de vivre des catastrophes avant l'immigration en plus des facteurs ultérieurs à l'immigration tels que le fait d'être séparé de sa famille ou de connaître le chômage, la pauvreté, le racisme et la discrimination, affectent la santé mentale de migrants (Battaglini, Chomienne, Plouffe, Torres, & van Kemenade, 2014; Fenta, Hyman, & Noh, 2004). Pour d'autres encore, l'immigration comporte trois phases à savoir : la phase pré migratoire, migratoire et post migratoire et que les facteurs de stress associés à ces différentes phases sont susceptibles de générer des problèmes de santé mentale chez les migrants (Bhugra & Gupta, 2011; Kirmayer et al., 2011). Les facteurs de stress liés à la phase pré migratoire sont relatifs au contexte et aux déterminants de l'immigration tels que la situation économique, éducationnelle et le statut social, la perturbation des réseaux sociaux et le manque du soutien social, le traumatisme (niveau de perception de la menace, le nombre d'épisodes) et les problèmes politiques. Ceux liés à la phase de migration sont relatifs au trajet et à la

durée du voyage, à l'exposition aux rudes conditions de départ (camp de réfugiés), à l'exposition aux violences, à la perturbation de la famille et des réseaux communautaires et à l'incertitude sur les retombées de l'immigration. En phase post migratoire, les facteurs de stress regroupent : les incertitudes liées au statut d'immigrant ou de réfugié, le chômage ou le sous-emploi, la perte du statut social, la perte du soutien familiale et communautaire, la préoccupation liée aux membres de famille laissés derrière et la possibilité de réunification, ainsi que les difficultés dans l'apprentissage de la langue, l'acculturation et l'adaptation (Kirmayer et al., 2011). L'équipe de Psychiatres du service de psychopathologie et d'assistance psychosocial (SAPPPIR), située à Barcelone, a décrit les symptômes courants que la plupart des immigrants présente lorsqu'ils fréquentent le centre et l'ont appelé syndrome de stress chronique et multiple chez les immigrants (ou syndrome d'Ulysse), reliant le risque et le dur voyage que les immigrants poursuivent à la recherche d'une vie meilleure. Les immigrants touchés par ce syndrome présentent une symptomatologie dépressive avec des caractéristiques atypiques, où les symptômes dépressifs se mêlent à de l'anxiété, symptômes somatoformes et dissociatifs. Le développement de cette condition se produit progressivement au fur et à mesure que les immigrants rencontrent les obstacles qui surviennent pendant le processus de migration: voyage dangereux, distance de leur propre environnement et famille, difficultés à trouver un emploi, de la nourriture, un logement, obtenir des documents officiels et le racisme subi dans le pays d'accueil. L'équipe de psychiatres propose que le « syndrome de stress chronique et multiple » constitue une catégorie autonome située entre les troubles de l'adaptation et le trouble de stress post-traumatique (Carta et al., 2005). Cette condition

semble particulièrement liée à l'immigration illégale. Il n'y a pas de doute que l'immigration entraîne des changements dans le statut socioéconomique, professionnel, culturel et légal du migrant et que la disparité entre les attentes et leur réalisation va davantage, engendrer des stress de réinstallations. Cependant, il est important de souligner que les traits de personnalité pré-morbide vont sans doute influencer la manière de percevoir et de faire face au processus de migration et de réinstallation (Bhugra & Gupta, 2011), aussi l'âge à l'immigration peut avoir un impact sur le risque de développer une maladie mentale (Patterson, Kyu, & Georgiades, 2012).

De ce qui précède, il est évident que les facteurs de stress associés aux différentes phases de l'immigration peuvent mettre en péril la santé mentale des migrants. Ceci nous conduit à présenter un aperçu sur la prévalence des problèmes de santé mentale chez les migrants au Canada.

Prévalence

Au Canada, des études portant sur la santé des immigrants affirment que les immigrants récents sont en général, en meilleure santé mentale par rapport aux natifs du Canada (Aglipay et al., 2013; Ali, 2002; Bergeron et al., 2009; Chiu, Redelmeier, Tolomiczenko, Kiss, & Hwang, 2009; Gushulak, Pottie, Roberts, Torres, & DesMeules, 2011; Hyman, 2007; Lou & Beaujot, 2005; Malenfant, 2004; Ng & Omariba, 2010; Stafford et al., 2011; Wu & Schimmele, 2005). Par exemple, Stafford et al. (2011) trouvent que les immigrants récents ont une faible prévalence de dépression (4,2 %) contre 8 % de

prévalence chez les Canadiens. Ce qui semble corroborer l'hypothèse de « l'effet d'immigrants en bonne santé » qui suggère que les immigrants au Canada ont généralement une meilleure santé mentale que la population née au pays (Newbold, 2005; Shoal et al., 2007; Statistique Canada, 2017). Ceci n'est pas le cas pour les réfugiés.

Plusieurs études affirment que les réfugiés et les demandeurs d'asile présentent parfois des taux élevés de problèmes de santé mentale (Battaglini et al., 2014; Maximova & Krahn, 2010) à l'entrée au Canada. Par exemple, les demandeurs d'asile qui ont été détenus dans des centres de surveillance de l'immigration affichaient à leur arrivée au Canada, des taux considérablement plus élevés de stress post-traumatique (31,97 %), de dépression (77,87 %) et d'anxiété (63,11 %) (Cleveland & Rousseau, 2013). Une étude rétrospective des dossiers des demandeurs d'asile de 2000 à 2004 montre que 59,4 % ont reçu un diagnostic psychiatrique notamment 14,9 % pour la dépression, 26,6 % pour le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), 7,4 % pour le trouble de l'adaptation, 5,2 % pour le trouble anxieux, 7,9 % pour le diagnostic double et 4,8 % pour autres pathologies (Ouimet, Munoz, Narasiah, Rambure, & Correa, 2008). Cette situation s'apparente à celle des immigrants de longue durée qui, pour leur part, présentent des taux et/ou risques similaires, voire plus élevés de problème de santé mentale que les natifs du Canada (Aglipay et al., 2013; Ali, 2002; De Maio, 2010; Islam, Khanlou, & Tamim, 2014; Jenkins & Kumar, 2015; Lou & Beaujot, 2005; Stafford et al., 2011).

En ce qui concerne particulièrement les immigrants africains, une étude canadienne a révélé que le taux de prévalence de la dépression dans la communauté des immigrants éthiopiens en Ontario était plus élevé que le taux estimé pour la population générale (Fenta et al., 2006). En Israël, les taux de suicide parmi les immigrants éthiopiens étaient considérablement plus élevés que dans la population générale (Farbstein et al., 2002; Nachman et al., 2002). Étant donné que les taux de suicide dans la population éthiopienne étaient généralement égaux à ceux observés en Israël (Negash et al., 2005), des chercheurs ont conclu que l'augmentation des taux de suicide chez les immigrants éthiopiens ne peut être attribuée à des niveaux plus élevés de problèmes de santé mentale existant avant l'immigration (Shoval et al., 2007). Au Royaume-Uni, les hommes hospitalisés qui se suicident étaient beaucoup plus susceptibles d'être des immigrants noirs africains que les hommes britanniques blancs (Bhui et al., 2012). Une autre étude a montré que les immigrants hommes d'Afrique du Nord présentaient des risques de suicide significativement plus élevés que les hommes nés en Angleterre (Shah et al., 2009). En Suède, une étude portant sur les besoins en santé mentale des immigrants africains a révélé que 20 % des participants répondaient aux critères de symptômes de la dépression, tandis que 18,5 % répondaient aux critères indicatifs de l'anxiété (Dunlavy, 2010).

Il apparaît dès lors que les réfugiés aussi bien que les immigrants de longue durée sont vulnérables au plan santé mentale au même titre que les natifs du Canada. L'état de santé mentale étant souvent associé à divers résultats en matière d'intégration, notamment le niveau d'études, les réseaux sociaux et les relations ainsi que les résultats économiques

et le bien-être physique (Association canadienne pour la santé mentale, 2010). Il peut considérablement influencer sur la capacité d'un immigrant de s'adapter à la vie dans son milieu d'accueil notamment au Canada (Pumariega, Rothe, & Pumariega, 2005). Aussi la santé mentale a un impact sur la bonne santé en générale et sur la qualité de vie (OMS, 2007; Robert & Gilkinson, 2012). Par conséquent, l'accès aux services de santé mentale et leur utilisation revêtent une importance capitale pour la santé, non seulement, mentale, mais aussi pour la santé physique et la qualité de la vie (Robert & Gilkinson, 2012) des migrants qui représente environ 20 % de la population canadienne (Citoyenneté et Immigration Canada, 2012, 2014) et dont le bien-être a des répercussions considérables sur la réussite actuelle et future du Canada en tant que nation (Robert & Gilkinson, 2012).

Utilisation des services de santé mentale : définition, prévalence, les concepts associés

La littérature scientifique portant sur l'utilisation des services de santé mentale ne s'est pas beaucoup penchée sur la définition de la notion d'utilisation des services de santé mentale. Une des rares définitions que nous avons répertoriées est celle de l'Agence de la santé publique du Canada (2015), selon laquelle une personne est considérée comme ayant eu recours aux services de santé pour une maladie mentale si elle détient au moins une réclamation de facturation d'un médecin ou un congé de l'hôpital indiquant des codes de maladie mentale de la 9^e ou de la 10^e édition de la classification internationale des maladies (CIM) au cours de l'année. Cette définition ignore les consultations offertes par d'autres professionnels de la santé mentale tels que les psychologues, les psychothérapeutes et les travailleurs sociaux qui n'en demeurent pas moins une

consultation. Pour les objectifs de cette thèse, nous définissons l'utilisation des services de santé mentale comme : le fait d'avoir eu recours à un professionnel de la santé mentale (Psychiatre, Omnipraticiens, psychologue, psychothérapeute et les travailleurs sociaux) au moins une fois dans sa vie pour un problème de santé mentale. Deux concepts se dégagent de la notion de services de santé mentale à savoir : les services formels de santé mentale et les services informels de santé mentale (Derr, 2014).

Le service formel de santé mentale regroupe les professionnels spécialement formés pour délivrer ces services tels que les omnipraticiens, les psychiatres, les psychologues, les psychothérapeutes et les travailleurs sociaux. Quant aux services informels, ils regroupent les groupes d'entraide, les guérisseurs, les leaders religieux, les frères et la famille (Pescosolido & Boyer, 2010). Cette thèse se focalise essentiellement sur les services formels de santé mentale.

Organisation des services formels de santé mentale au Québec

Au Québec, les soins et les services de santé mentale sont hiérarchisés selon le concept de ligne de services à savoir : les services de première ligne, de deuxième ligne et de troisième ligne (Fleury & Grenier, 2012). Les services de première ligne s'adressent à la majorité de la clientèle aux prises avec des troubles mentaux modérés. Les services de deuxième ligne s'occupent quant à eux aux traitements et à la réadaptation de longue durée d'individus résistant aux traitements habituels, mais qui ont un potentiel de réadaptation. Pour finir, les services de troisième ligne s'adressent aux problèmes

complexes qui requièrent une expertise qui ne peut être offerte en deuxième ligne, ou dont la prévalence est faible. À cette organisation s'ajoutent les organismes communautaires offrant des soins de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2005). L'accès à ces services passe par le guichet d'accès en passant préalablement par une consultation chez votre médecin de famille ou par une consultation chez un médecin généraliste dans un CLSC (Institut universitaire en santé mentale de Québec, 2017). Il faut signaler que le temps d'attente est fonction de la sévérité de la maladie (MSSS). Cette organisation peut constituer un défi pour le migrant qui se doit de connaître le fonctionnement du système.

Le plateau technique est constitué, principalement, des infirmiers/ infirmières, des travailleurs (ses) sociaux (ales) et des psychologues auxquels s'ajoutent parfois d'autres professionnels, tels que des ergothérapeutes, des pharmaciens des nutritionnistes et des omnipraticiens et des médecins spécialistes répondant (MSRP) en psychiatrie (MSSS, 2011).

Situation générale sur l'utilisation des services de santé mentale

Les études épidémiologiques internationales indiquent qu'il existe une disparité entre le besoin de soins de santé mentale et l'utilisation des services connexes (Fleury & Grenier, 2012). Le pourcentage de cas non traité de schizophrénie, de dépression majeure, d'alcoolisme et de troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence est estimé de 44 à 70 % dans les pays développés et à près de 90 % dans les pays en voie de développement

(OMS, 2004). Au plan international, seulement 20 % d'enfants ayant des troubles mentaux reçoivent une aide quelconque et environ 5 % utilisent les services de santé mentale spécialisés (Shanley, Reid, & Evans, 2008). En Australie, environ un tiers de l'ensemble des personnes ayant un trouble mental consulte (Andrews et al., 2001). Aux États-Unis, bien que 20 % des enfants et adolescents soient aux prises avec un trouble mental, moins d'un sur cinq (1/5) d'entre eux a accès à un traitement (Kennedy, Cloutier, Glennie, & Gray, 2009). Chaque année, environ 5 000 000 de Canadiens (soit environ 1/7) utilisent les services de santé pour des raisons de maladies mentales. Soit une proportion normalisée selon l'âge des personnes ayant consulté d'environ 14,2 % entre 2009 et 2010. Cette prévalence varie selon les provinces et se situe autour de 11 % au Québec (Agence de la santé publique du Canada, 2015). Mais lorsqu'on compare les Canadiens de souche aux migrants, une disparité apparaît dans l'utilisation des services de santé mentale.

Utilisation des services de santé mentale par les migrants

En effet, concernant les migrants, plusieurs études réalisées, au plan international (Anderson, Flora, Archie, Morgan, & McKenzie, 2014; Bhugra & Gupta, 2011; Derr, 2014; Fassaert et al., 2009; Hamid & Furnham, 2013; Heckert, 2012; Ismayilova et al., 2014) montrent qu'ils utilisent moins les services formels de santé mentale que les natifs. Ces études ont porté sur diverses groupe ethniques et non sur les immigrants africains en particulier.

Au Canada, plusieurs études affirment également que les immigrants utilisent moins les services formels de santé mentale que les natifs du pays. (Anderson et al., 2015; Burgos et al., 2007; Chaze et al., 2015; Chen, Kazanjian, & Wong, 2009; Commission de la santé mentale du Canada, 2016b; Durbin, Lin, Moineddin, Steele, & Glazer, 2014; Fleury et al., 2017; Robert & Gilkinson, 2012; Schaffer et al., 2009; Tempier et al., 2010). Par exemple, s'appuyant sur les données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes portant sur la santé mentale, une étude indique que les participants qui s'identifiaient comme noirs, Sud-asiatiques ou appartenant à un sous-groupe composé de répondants Japonais, Chinois et Coréens étaient respectivement 60 %, 85 % et 74 % moins susceptibles de requérir un traitement pour un épisode dépressif majeur que les participants qui s'identifiaient comme Blancs (Gadalla, 2010). Malheureusement, cette étude ne précise pas l'origine des noirs dont il est question dans l'étude. On ne sait pas s'ils sont noirs-américains ou Africains noirs. Une seule étude s'est penchée sur l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants africains à Montréal. Selon cette étude, ces derniers sont trois fois moins susceptibles d'utiliser les services de santé mentale en réponse à des problèmes émotionnels, des troubles mentaux et des dépendances, comparativement aux personnes nées au Canada (Fleury et al., 2017). Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier la sous-utilisation des services de santé mentale par les migrants.

Facteurs entravant l'utilisation des services de santé mentale par les migrants.

En effet, des études réalisées au plan international évoquent plusieurs facteurs entravant

l'utilisation des services de santé mentale : chez les immigrants arabes d'origine sud-asiatique vivant en Grande-Bretagne, la honte était perçue comme un facteur entravant l'utilisation de services de santé mentale (Pilkington, Msetfi, & Watson, 2012). En Hollande, la croyance en sa capacité de résoudre le problème par soi-même était la principale raison de la sous-utilisation des services de santé mentale chez les migrants turcs et marocains (Fassaert et al., 2009). Aux États-Unis, les difficultés d'accès aux services de santé mentale et la disponibilité des soins alternatifs (p. ex., le soutien des proches ou de sa communauté religieuse, etc.), ont été trouvés comme étant les principaux facteurs entravant l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants : latinos, américains, noirs-américains, asiatiques, islandais et iraniens (Derr, 2014; Heckert, 2012; Hicks, Hamzaee, Lerman, & Gorovoy, 2013). Les études au plan international se sont intéressées aux raisons de la sous-utilisation des services de santé mentale par les immigrants issus de divers groupes ethniques y compris les Africains, mais aucune de ces études ne s'est intéressée aux structures qui sous-tendent ces raisons afin de nous permettre de bien comprendre l'attitude des immigrants envers l'utilisation des services de santé mentale formelle.

Au Canada, les travaux récents ont mis en exergue, les obstacles potentiels à l'utilisation des services de santé mentale à savoir : l'accessibilité des services (elle regroupe les facteurs tels que l'incompatibilité culturelle des services, les longues listes d'attente, les procédures compliquées d'utilisation des services, la pénurie des professionnels dans certaines collectivités et les restrictions portant sur les heures de

consultation, la discrimination et le racisme, la langue, la connaissance des services et la connaissance du système de santé canadien), les barrières socioéconomiques, les croyances culturelles et la stigmatisation, le manque d'emploi, les stratégies d'ajustement aux problèmes de santé mentale et au traumatisme, le manque de services culturellement appropriés, les obstacles liés à l'utilisation de l'information et les services de santé existants, les obstacles liés au processus d'établissement des immigrants, la honte, les ressources limitées, l'interaction entre le fournisseur de service et le patient (regroupe le manque de temps pour discuter avec le professionnel de santé mentale qui peut conduire à la sous-estimation de la gravité de la maladie, à un lien personnel faible entre le patient et le professionnel ou conduire à l'indifférence du professionnel à l'historique et aux expériences du patient et la distance sociale maintenue par les professionnels à laquelle, les migrants ne sont pas habitués), les difficultés circonstancielles (p. ex., englobe les difficultés liées au transport, les coûts imprévus : contrainte financière), la météo, l'isolement et les exigences concurrentes (emploi et responsabilités personnelles et familiales), les barrières linguistiques (elles semblent être un obstacle de taille, car la non-maitrise du français ou de l'anglais peut poser des difficultés de communication, de compréhension des instructions, de lecture et d'interprétation des prescriptions médicales, le manque d'information, la méfiance à l'égard des services de soins de santé mentale primaires, les longs délais d'attente, l'insensibilité religieuses et culturelles des services de santé mentale, le manque de sensibilisation sur les services et la connaissance du système de santé canadien, la peur et les mauvaises expériences antérieures vécues avec les différents services de santé mentale peuvent faire craindre d'y faire recours de nouveau

(Caron & Liu, 2010; Chen et al., 2009; Donnelly et al., 2011; MacKenzie & Hansson, 2013; Reitmanova & Gustafson, 2009; Selkirk, Quayle, & Rothwell, 2014; Sethi, 2013; Thomson, Chaze, George, & Guruge, 2015; Tieu & Konnert, 2014; Wood & Newbold, 2012). Par exemple, une personne aux prises avec la maladie mentale peut craindre de perdre la garde de son enfant en consultant un service de santé mentale ou redouter la perte de son statut d'immigrant en consultant. Elle peut aussi craindre que la prise en charge par les services de santé mentale change la perception que la société canadienne a d'elle (Donnelly et al., 2011; Wood & Newbold, 2012). Les facteurs tels que : les croyances culturelles et la disponibilité des soins alternatifs, trouvés au plan international, ont aussi été évoqués au Canada. Dans plusieurs culture la maladie mentale est stigmatisée et peut être vécu comme une honte pour la famille ainsi, les personnes au prise avec la maladie mentale peuvent retarder la demande de soins ou refuser d'accepter la réalité de leur problème, dissimuler leur état ou refuser de demander de l'aide afin d'éviter la stigmatisation (Donnelly et al., 2011, Reitmanova & Gustafson, 2009; Wood & Newbold, 2012).

Comme on le voit, la question de l'utilisation des services de santé mentale par les migrants au Canada a été largement étudiée permettant ainsi de mettre en exergue les multiples raisons pour lesquelles les migrants utilisent peu les services formels de santé mentale. Cependant, nous avons peu d'informations sur le mécanisme psychologique qui sous-tend ces raisons, en d'autres termes, la structure motivationnelle sous-jacente aux raisons évoquées par les migrants pour expliquer leur attitude.

Plusieurs autres facteurs semblent influencer l'accès et l'utilisation des services de santé mentale comme le témoignent les études réalisées au plan international et au Canada. En effet, le sexe féminin et l'âge (Hardy, Kelly, & Voaklander, 2011; Hicks et al., 2013; Kim, Jang, Chiriboga, Ma, & Schonfeld, 2010; Selkirk et al., 2014; Tieu & Konnert, 2014), la mauvaise santé autoévaluée (Hardy et al., 2011; Kim et al., 2010; Zhao, Xue, & Gilkinson, 2010), la prévalence et la sévérité de la maladie, le besoin perçu de soins (Chen, Kazanjian, Wong, & Goldner, 2010; Fassaert et al., 2009; Fortuna, Porche, & Alegria, 2008; Hardy et al., 2011; Velden, Yzermans, Kleber, & Gersons, 2007), le niveau d'éducation (Hardy et al., 2011; Hicks et al., 2013; Pilkington et al., 2012; Selkirk et al., 2014), la chronicité de la maladie (Hardy et al., 2011), une grande intégration et la maîtrise de la langue du pays hôte, les attributions psychologiques aux détresses ainsi que le statut socioéconomique (Pilkington et al., 2012; Selkirk et al., 2014), la comorbidité, la disponibilité d'une assurance maladie, le statut de l'immigrant, le souci de confidentialité (Hamid & Furnham, 2013; Velden et al., 2007), une faible croyance aux valeurs culturelles, le statut matrimonial (marié), le soutien social perçu (élevé) et la bonne santé physique (Tieu & Konnert, 2014), ont été trouvés comme étant associés à une utilisation élevée des services de santé mentale. Mais peuvent dans une certaine mesure constituer un obstacle à l'utilisation des services de santé mentale formels. D'autres facteurs potentiels, pouvant favoriser l'utilisation des services de santé mentale tels que : la compétence culturelle des professionnels de santé mentale et le temps d'attente, n'ont pas été étudiés dans ces études.

Ils existent aussi des théories proposant des explications sur le processus de prise de décision des personnes concernant l'utilisation des services de santé. En l'occurrence, la théorie « sociocomportementale » de Andersen et Newman (1973) met l'accent sur les prédicteurs de l'utilisation des services de santé mentale tels que le besoin (les perceptions), les facteurs prédisposant (le sexe, l'âge, niveau d'éducation, la structure sociale et les croyances en santé) et les facteurs favorisant (Individu, la famille et la communauté), la théorie de « croyance en santé » de Rosenstock (1966) se penche sur les croyances générales et spécifiques en la santé des individus, leurs préférences, leurs expériences avec la maladie et les professionnels de santé mentale et comment elles affectent le processus de prise de décision d'utilisation des services, et la théorie de « l'action motivée » de Fishbein (1980), quant à elle, traite de la motivation, l'évaluation des risques et l'évitement des résultats négatifs. Dans cette théorie, les attentes deviennent primordiales (Pescosolido & Boyer, 2010). Ces modèles ont fourni le profil des utilisateurs de services (Horwitz & Scheid, 1999), mais Pescosolido (1992) reproche à ces théories de ne pas tenir compte du contexte social dans la recherche de soins. Une approche dynamique plus récente : le modèle de « prise de décision » de Goldsmith, Jackson et Hough (1988), est une théorie en étape dont la faiblesse réside dans le fait qu'elle soutienne que les individus passent par chacune des étapes définies dans le modèle. Aussi, elle présente de nombreuses boucles de rétroaction manquant ainsi de modération (Horwitz & Scheid, 1999). Pour pallier ces lacunes, Pescosolido et Boyer (2010) proposent leur théorie : le modèle du « *network-episode* » qui considère la demande d'aide comme un processus social qui est géré par les réseaux sociaux que les gens ont dans la

communauté, dans le système de soins et dans les agences de services sociaux. Selon ces auteurs, les réseaux sociaux constituent un prédicteur indispensable de l'utilisation des services de santé mentale en offrant la motivation et soutien nécessaire pour ce faire. Mais, dans la pratique, un soutien social élevé peut entraver l'utilisation des services formels de santé mentale au profit des services informels (Hicks et al., 2013). Toutes ces théories ont eu le mérite de dresser le profil des utilisateurs de services, de déterminer les prédicteurs et de préciser le rôle des réseaux sociaux dans le processus de demande d'aide. Mais, elles ne nous renseignent pas sur le fonctionnement cognitif des individus lors de la prise de décision de consulter ou pas les services de santé mentale. Il nous apparaît pertinent, dans le cadre de cette thèse de faire recours à la Théorie fonctionnelle de la cognition ou Théorie de l'intégration de l'information de Anderson (1981, 1982, 1996) afin d'explorer cet aspect.

Lacune des travaux sur l'utilisation des services de santé mentale par les migrants et objectifs de la thèse

Les études réalisées partout dans le monde et au Canada ont répertorié de nombreux obstacles à l'utilisation des services formels de santé mentale par les immigrants de diverses origines. Cependant plusieurs aspects limitent notre compréhension du phénomène : (a) l'absence d'informations sur la manière dont ces facteurs (obstacles) contribuent à la prise de la décision de demander (ou de ne pas demander) de l'aide auprès des services professionnels de santé mentale; et (b) l'absence d'information sur les structures motivationnelles qui sous-tendent les raisons de la sous-utilisation des services

formels de santé mentale par les immigrants africains. Les prochaines sections porteront sur ces limites.

Contribution des obstacles à la prise de décision de demander (ou ne pas demander) de l'aide auprès des services professionnels de santé mentale

Au Canada, la recherche a identifié certains facteurs qui expliquent la sous-utilisation des services formels de santé mentale par les immigrants non caucasiens, à travers deux perspectives. Dans la première perspective, les chercheurs suggèrent que la sous-utilisation reflète une diminution des besoins associés avec « l'effet d'immigrants en bonne santé ». Dans la seconde, d'autres chercheurs suggèrent que les disparités dans l'accès aux services de santé mentale sont le produit des barrières institutionnelles et socioculturelles qui désavantagent les immigrants non caucasiens. Ces informations, bien que pertinentes, ne nous permettent pas de bien comprendre le comportement de demande d'aide professionnelle en santé mentale des immigrants africains. En plus, ces études ont porté sur les immigrants non caucasiens en général, mais pas sur les immigrants africains en particulier. La seule étude qui a porté sur ces derniers est celle de Fenta, Hyman et Noh (2007). Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale sur 342 adultes, éthiopiens, sélectionnés au hasard en Ontario sur la base du modèle d'utilisation de soins de santé suggérés par Anderson et Newman (1973). Les auteurs trouvent que les Éthiopiens consultent plus les services informels de soins de santé (8 %) par rapport aux professionnels de santé en l'occurrence les médecins de famille. Ils affirment qu'une petite proportion (12 %) d'Éthiopiens avec des troubles de santé mentale ont consulté un médecin de famille et qu'ils étaient plus susceptibles à consulter les guérisseurs

traditionnels (18,8 %). En outre, cette étude suggère aussi que le nombre de symptômes somatiques ressentis était positivement associé à une utilisation accrue des soins de santé mentale (OR 1,515, p 0,05) alors qu'avoir un trouble mental était associé à une diminution de l'utilisation des soins de santé (OR 0,784, p 0,01). Cette étude aborde le comportement de demande d'aide des immigrants africains pour un problème de santé mentale, mais elle comporte des lacunes qui ne nous permettent pas de bien comprendre le phénomène. D'une part, l'étude parle de la consultation chez les médecins généralistes pour un problème de santé mentale et non pas de la consultation des services formels de santé mentale. D'autre part, bien que l'étude identifie les facteurs qui affectent le comportement de recherche d'aide auprès des professionnels de santé mentale, elle ne donne aucune information sur la façon dont ces facteurs affectent le processus de prise de décision de la part des immigrants africains de consulter ou non les services formels de soins de santé mentale pour un problème émotionnel. Étant donné que les résultats de plusieurs études suggèrent fortement que l'acte de rechercher (ou de ne pas chercher) de l'aide des services professionnels de santé mentale n'est guère la conséquence de facteurs isolés. Au lieu de cela, c'est le résultat d'un processus de jugement actif dans lequel les patients pèsent, équilibrent et combinent différents facteurs circonstanciels (Farbstein et al., 2002; Nachman et al., 2002; Negash et al., 2005). Il devient impérieux de comprendre ce processus de jugement actif.

Afin de remédier à cette lacune, le premier objectif de la thèse vise à examiner la volonté des immigrants africains vivant au Québec à chercher des soins pour un trouble émotionnel auprès des services de santé mentale officiels.

Objectif 1 : Évaluer l'impact relatif des facteurs impliqués dans la façon dont les migrants africains, au Québec, jugent leur volonté à demander l'aide dans les services de santé mentale. La Théorie fonctionnelle de la cognition de Anderson (1981, 1982, 1996) nous sert de cadre théorique de référence.

Théorie fonctionnelle de la cognition de Anderson (1981, 1982, 1996)

La théorie fonctionnelle de la cognition développée par Anderson (1981, 1982, 1996) a souvent été utilisée pour de nombreuses recherches dans le champ de la psychologie de la santé. C'est une théorie issue de la psychophysique et qui s'intéresse au fonctionnement cognitif des individus lors de prises de décision ou de jugement. C'est ce en quoi elle est idéale pour nous permettre de répondre à nos questions de recherche. C'est-à-dire la prise de décision par les migrants africains de consulter ou non les services de santé mentale au Québec.

En raison de la diversité des situations et des processus en jeu dans le processus de prise de décision, les théories pour modéliser ce processus sont souvent issues des mathématiques, de la statistique ou de l'économie appliquée à la psychologie, afin de rendre compte au mieux, des procédures de choix. Elles constituent un domaine très

mathématisé. La Théorie fonctionnelle de la cognition permet donc de retracer le cheminement cognitif des individus lors des prises de décision, cheminement qui est inobservable, car « renfermé » dans la « boîte noire ». Cette théorie a donc pour objectif de mettre en avant les lois psycho cognitives du traitement et de l'intégration de l'information; étant considérée ici comme constituée des lois qui permettent de rendre compte de manière quantitative, des relations entre stimuli et réponses.

Diagramme d'intégration

La Figure 1 illustre le diagramme d'intégration de l'information proposée par Anderson (1996). Sur ce diagramme on peut observer un champ de stimuli externes (S_1 , S_2 , S_3) qui va faire l'objet de trois opérations successives.

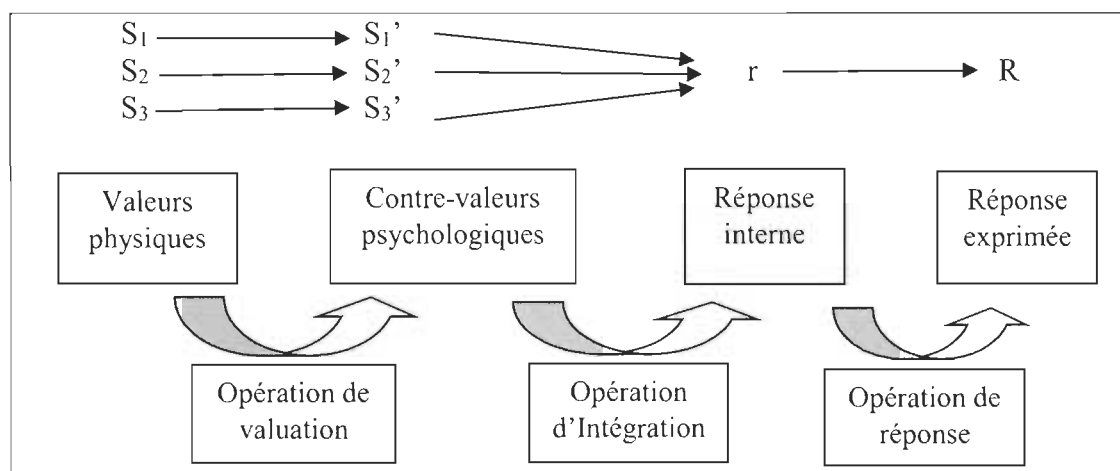


Figure 1. Diagramme de l'intégration de l'information d'après Anderson (1996).

Opération de valuation. Cette opération consiste, pour les sujets, à accorder une valeur subjective aux stimuli externes en faisant correspondre aux stimuli S_i une représentation psychologique S_i' . Cet opérateur permet d'extraire l'information présente

dans les stimuli. Dans le diagramme, il se réfère aux chaînes de traitement qui ont pour fonction de permettre la transformation de S_i en S_i' ; le sujet opère ici en accordant une valeur subjective aux stimuli qui lui sont présentés. Cette transformation est en partie déterminée par le but assigné au sujet. Si le but est d'estimer sa position par rapport à la décision de consulter ou non les services de santé mentale, chaque partie de l'information est convertie en une représentation subjective en termes de « degré d'accord ». La valeur d'échelle sur laquelle est porté le jugement est un élément important lors de cette étape. En effet, certains mots ou événements sont connotés positivement ou négativement, entraînant donc chez les sujets une tendance à répondre plutôt sur une partie de l'échelle que sur l'autre. La valeur d'échelle se situe le long d'un continuum et peut être plus ou moins élevée.

Opération d'intégration. Elle sert à ressembler, transformer et combiner les représentations psychologiques en une réponse implicite « r. », c'est lors de cette deuxième étape que les sujets vont combiner les différentes opérations dont ils disposent en ordonnant les stimuli en fonction de l'importance qui leur est accordée. Ils accordent donc un poids à chaque information. A la fin de cette pondération, les sujets aboutissent à une réponse globale implicite. Cette combinaison ne peut se réaliser seulement après que les différentes parties de l'information aient été converties en représentations subjectives. Ce traitement cognitif s'effectue selon différentes règles qu'Anderson a désignées sous le terme d'« algèbre cognitif ». Cette algèbre sous-tend des règles psycho-cognitives qui traduisent la façon dont les sujets ont opéré pour émettre leurs réponses.

Opération de réponse ou étape de l'action. Elle a pour fonction de rendre observable ou explicite la réponse r et donc de transformer r en R . Il s'agit d'une réponse observable qui peut être une expression faciale, une réponse physiologique, motrice ou verbale. Dans notre cas, nos répondants traduisent leur jugement par une action, celle de sélectionner et de cocher physiquement une case le long de notre échelle de jugement (0 à 10), qui correspond au degré d'accord avec la situation décrite dans les vignettes.

Ces trois opérations (Valuation, Intégration et Réponse) sont indépendantes les unes des autres, gouvernées par les buts poursuivis par le sujet, dans une tâche donnée. Ainsi, les variables motivationnelles et la poursuite d'objectifs sont inhérents au diagramme d'intégration de l'information.

Prenons un exemple pour illustrer les trois opérations. Monsieur Y souffre de dépression depuis plusieurs mois. Sur les conseils de ses proches, il décide de consulter un spécialiste de santé mentale. Ce dernier, vu son état, lui propose plusieurs traitements : chimiothérapie, psychothérapie ou une combinaison chimiothérapie et psychothérapie. Monsieur Y se trouve confronté à plusieurs stimuli externes découlant de son état. Comme stimuli, nous retenons : les effets secondaires liés à chaque traitement, les contraintes liées aux traitements et l'efficacité de chaque traitement. Ces divers stimuli correspondent à des valeurs physiques.

Lors du processus de valuation, monsieur Y va intégrer ces différents stimuli en les transformant en contre-valeurs psychologiques. Ceci lui permettra d'avoir une représentation mentale des différents traitements qui lui sont proposés. Par la suite, monsieur Y pourra associer les différentes informations afin de déterminer quel traitement lui semble le plus approprié.

Suis alors le processus d'intégration. Monsieur Y va rassembler et combiner les effets secondaires, les contraintes liées aux traitements et l'efficacité des traitements pour pouvoir prendre sa décision. Il conserve dans sa tête son but initial tout en attribuant un poids à chaque information considérée. Il pèse le pour et le contre de chaque traitement et conclut que la psychothérapie est plus appropriée pour lui. Sa réponse interne est donc formulée.

Par la dernière étape (opération de réponse), monsieur Y va transformer sa décision en action et donc pouvoir émettre sa réponse observable. Pour cela, il pourra, lors du prochain rendez-vous avec le spécialiste, exprimer le traitement qu'il a choisi en raison du poids des différents facteurs considérés.

Algèbre cognitive. Dans la vie quotidienne, toute action dépend de plusieurs déterminants. Ainsi, quand on rencontre une personne, nous sommes influencés dans le jugement que nous lui portons par son visage, son sourire ou bien ses gestes par exemple. L'algèbre cognitive procure une approche nouvelle à ce que l'on appelle la

« détermination multiple » en se concentrant sur le phénomène d'intégration, c'est-à-dire sur les règles par lesquelles les différents déterminants du jugement seront intégrés à l'intérieur d'une réponse unique. Ces mêmes règles d'intégration pourront par ailleurs être appliquées à des séries de déterminants variés. L'opération d'intégration permet donc le passage de la détermination multiple à la réponse singulière « r ».

Au cours de l'intégration, les S_i , pourront recevoir des valeurs W_i différents, ces derniers traduisant l'importance que le sujet accorde aux différentes sources d'information qui lui sont données. Par exemple, dans certains cas, il y a intégration par sommation ou soustraction et par conséquent, une valeur d'échelle est simplement ajoutée ou retranchée à une autre. Dans d'autres cas, il y a intégration par multiplication et la situation est encore différente, puisque l'une des valeurs pourra alors jouer le rôle du poids attribué à une autre valeur.

Modèles d'intégration. Beaucoup de psychologues ont imaginé des règles algébriques simples et des méthodes de mesure ont été proposées. Mais tous se sont heurtés à une difficulté majeure : l'impossibilité de mesurer les valeurs subjectives. Anderson (1996) postule que le jugement humain suit certaines règles algébriques et que celles-ci peuvent être mises à jour à condition que l'étude réalisée porte sur des valeurs subjectives. C'est la structure de la règle algébrique qui servira de base à cette mesure; autrement dit, la mesure subjective découle d'une règle algébrique. Cette mesure est appelée « mesure fonctionnelle » (Anderson, 1981, 1996), car la règle algébrique ou

« fonction » constitue la base des échelles de mesure. Elle permet de dégager à partir des réponses des sujets certaines régularités mathématisables appelées règles algébriques de jugement.

Pour mettre en évidence ces règles, deux conditions expérimentales doivent être remplies : la première consiste à assurer l'indépendance des facteurs en proposant aux sujets des combinaisons de stimuli qui correspondent à l'ensemble des cellules d'un plan factoriel orthogonal (de croisement). Toutes les modalités de VI doivent se rencontrer au moins une fois. Par exemple, elles peuvent être proposées grâce à des scénarii comprenant autant d'informations que de modalité de facteurs; la seconde consiste à assurer la linéarité de l'échelle de réponse. Au lieu de choisir entre plusieurs propositions (p. ex., « *un peu* », « *moyennement* » ou « *beaucoup* ») comme dans certaines échelles d'accord ou d'attitude, le sujet doit juger chaque combinaison de stimuli sur une échelle continue non numériquement graduée afin que les sujets ne puissent pas mémoriser leurs réponses et dont les bornes apparaissent aux extrémités (p. ex., « *pas du tout disposé* » et « *tout à fait disposé* »). Les sujets y feront correspondre leurs réponses extrêmes.

Pour les besoins de cette thèse, nous avons choisi de vous présenter les modèles cognitifs les plus utilisés en situation de prise de décision ou jugement.

Modèle additif. Dans le cas où deux informations sont données au sujet, le modèle additif s'écrit comme suit : $r_{ij} = W_{ai}S_{ai} + W_{bj}S_{bj}$.

Dans ce modèle, « rij » représente la réponse implicite du sujet, celle-ci résultant de l'intégration des deux éléments d'information « Ai » et « Bj ». Par ailleurs, « Wai » et « Wbj » représentent les poids accordés aux deux informations lors du processus d'intégration. Enfin « Sai » et « Sbj » sont les valeurs d'échelle (en fait, on peut considérer S comme R pour chaque facteur : s'il n'y avait qu'une information, on aurait S = R) attribuées aux deux éléments d'information. Elles caractérisent la position de ces deux éléments sur l'échelle de réponse utilisée. Le modèle additif postule que la réponse « rij » résulte de l'addition (après pondération) des valeurs de l'échelle accordées aux deux stimuli. Dans la Figure 2, les courbes sont parallèles. Dans ce modèle additif, des règles cognitives existent. Ce sont les règles de sommation, de soustraction, de moyenne équipondérée ou de moyenne non équipondérée (voir Figure 2).

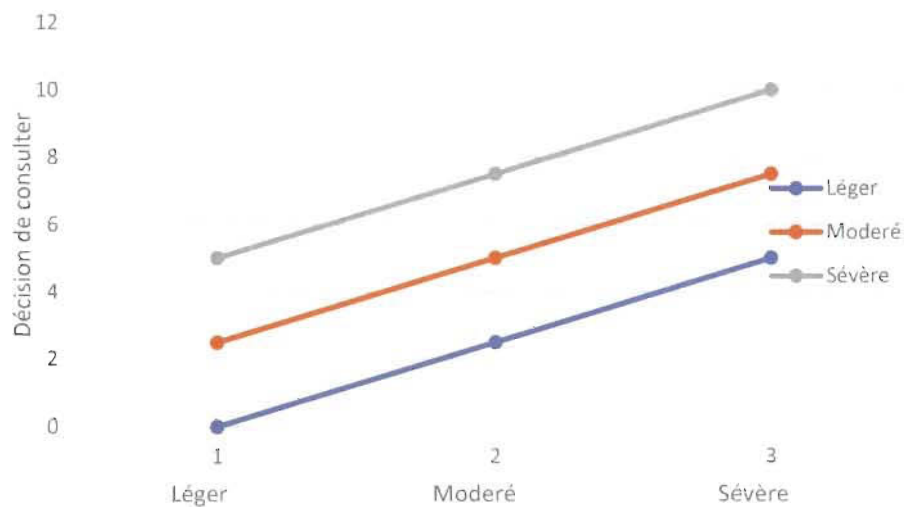


Figure 2. La règle additive.

Modèle multiplicatif ou conjonctif. Deux règles algébriques peuvent rendre compte du modèle multiplicatif : la multiplication et la division. Lorsque le sujet utilise la règle multiplicative, il multiplie les valeurs d'échelle attribuées à chaque stimulus. L'équation est la suivante : $r_{ij} = (S_{ai} \times S_{bj})$. Dans la Figure 3, les courbes forment un éventail ouvert sur la droite et convergent sur la gauche. Quand le répondant utilise la règle de division, sa réponse est le résultat de la division des valeurs d'une dimension sur une autre (Confère schéma : règle multiplicative).

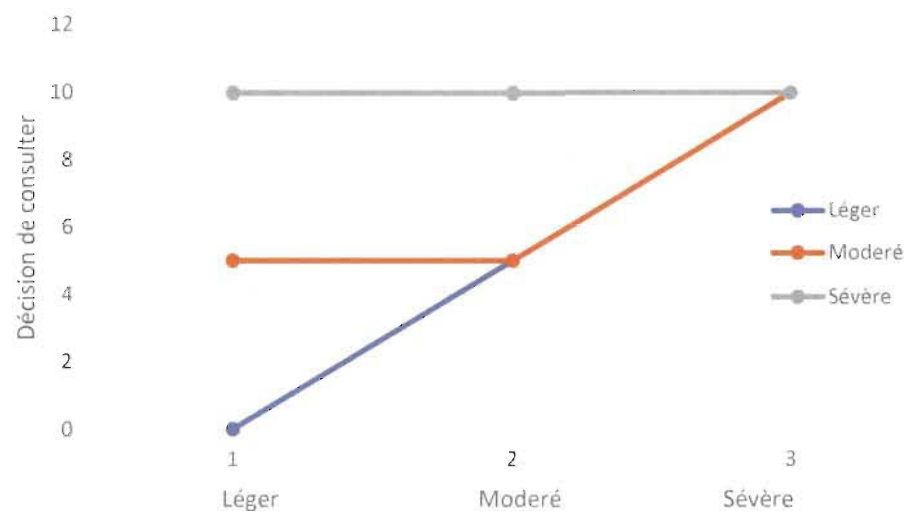


Figure 3. La règle multiplicative.

Modèle disjonctif. Dans le cas du modèle disjonctif (voir Figure 4), la réponse du sujet est produite à partir de l'importance accordée à chaque information, mais le degré d'une variable prévaut sur toutes les autres. Cette réponse résulte d'une pondération différentielle en faveur de la dimension la plus saillante. Un stimulus auquel on accorde

un poids important peut dominer la réponse lorsqu'il est associé à un stimulus de poids inférieur à un tel point que celui-ci n'aura plus d'effets (Anderson, 1981).

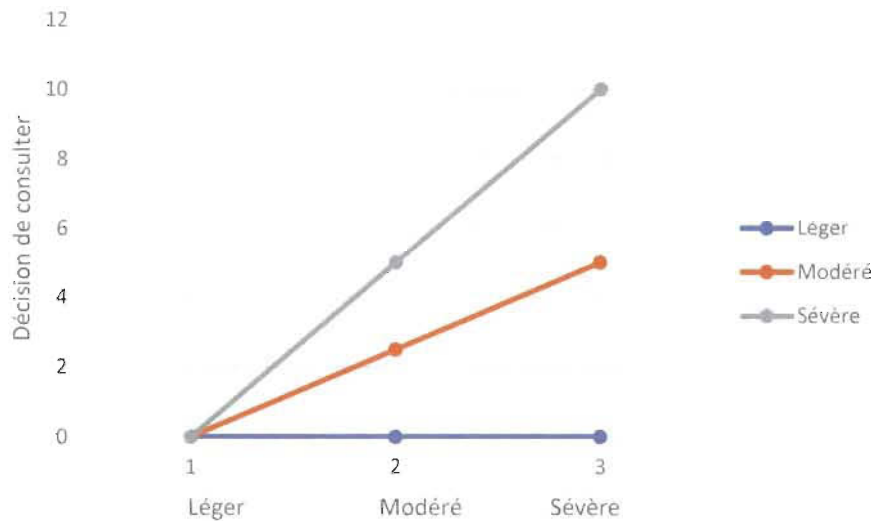


Figure 4. La règle correcte – la règle disjonctive.

La deuxième lacune que comporte la recherche est celle relative au manque d'information sur les structures motivationnelles qui peuvent sous-tendre les raisons évoquées pour expliquer la sous-utilisation des services formels de santé mentale par les immigrants africains.

Structures motivationnelles sous-jacente aux raisons évoquées

Au Canada, bien que la recherche montre une sous-utilisation des services formels de santé mentale par les migrants africains comparativement aux natifs, les informations sur leurs comportements de recherche d'aide ne sont pas disponibles. Ce qui ne nous permet pas de bien cerner le phénomène c'est-à-dire les raisons évoquées par les immigrants

africains pour justifier la sous-utilisation des services de santé mentale et les structures motivationnelles qui les sous-tendent. À notre connaissance, une seule étude s'est penchée sur ce sujet. En effet, Whitley et al. (2006) ont exploré les raisons de la sous-utilisation des services de santé mentale sur un échantillon d'immigrants d'origine antillaise à Montréal. À l'aide d'entrevues ethnographiques qualitatives, ils ont identifié trois facteurs importants expliquant leur réticence à utiliser les services de santé mentale à savoir : (a) la perception de la volonté excessive des médecins de se fier aux médicaments pharmaceutiques comme intervention principale; (b) les attitudes insouciantes et hostiles perçues des médecins lors des interactions médecin-patient précédentes; et (c) la croyance en la puissance curative des interventions spirituelles. Malgré que cette étude évoque des raisons pertinentes de la sous-utilisation des services de santé mentale elle demeure très limitée de par sa méthode (qualitative) et le nombre de participants (15). Plusieurs autres raisons potentielles n'ont pas été évoquées par cette étude. En plus, des études montrent que chaque groupe ethnique a ses propres représentations culturelles des symptômes, ses propres stratégies d'adaptation et ses propres défis sociaux (Knipscheer, De Jong, Kleber, & Lamptey, 2000; Knipscheer & Kleber, 2008; Kpanake, 2018), et comme ces variables affectent la recherche d'aide pour les problèmes de santé mentale (Burgos et al., 2007; Fleury et al., 2017), les raisons qui sous-tendent la sous-utilisation des services de santé mentale trouvés dans d'autres groupes d'immigrants peut ne pas s'appliquer, ou du moins avec des poids différents. Ainsi, l'étude de Whitley et al. (2006) ne nous apporte aucune information sur les raisons de la sous-utilisation des services de santé mentale par les

immigrants africains ni sur la structure motivationnelle qui pourrait sous-tendre ses raisons.

Afin de remédier à cette lacune, le deuxième objectif de la thèse vise à explorer les raisons de la sous-utilisation des services conventionnels de santé mentale par les immigrants africains. En structurant l'ensemble des raisons évoquées dans le cadre théorique de la théorie de renversement d'Apter.

Objectif 2 : Délinéer une possible structure motivationnelle sous-jacente aux raisons de la sous-utilisation des services formels de santé mentale et isoler des types spécifiques de raisons afin de mesurer leurs contributions en utilisant une approche structurelle. Pour ce faire, la théorie de renversement de Apter (2007) nous sert de cadre théorique de référence.

Théorie de renversement de Apter (2007)

La théorie de renversement est un modèle explicatif des motivations qui induisent les comportements habituels ou exceptionnels des personnes. En d'autres termes, elle est une théorie de nos comportements et de nos expériences quotidiennes, et plus particulièrement une théorie explicative de ce qui sous-tend ces expériences et comportements. Elle s'est avérée utile pour élucider une grande variété de phénomènes qui englobent une grande diversité de motifs, tels que la toxicomanie, la prise de risque, le stress, la créativité, l'humour, la violence, la conversion religieuse (Apter, 2007).

Dans notre cas particulier, elle nous permet d'étudier les motifs qui sous-tendent les raisons évoquées par les migrants africains pour justifier leur sous-utilisation des services de santé mentale au Québec, sans prétendre à l'avance d'une structure motivationnelle.

Domaines ou axes de la motivation. La théorie de renversement a été conceptualisée par Apter (2001, 2007). Il observe que les moyens de traiter avec le monde varient, en fonction des personnes, et peuvent être classés en référence à quatre domaines ou axes principaux.

Le premier domaine de motivation est celui des *fins* et des *moyens*. Selon l'auteur, ce domaine est caractérisé par les buts poursuivis et leur réalisation. Ici priment l'importance du but et l'importance de l'action. Le deuxième domaine est celui des *règles*. Il regroupe l'ensemble des motivations relatives aux codes sociaux, aux règles et aux lois. Ces normes préétablies modulent notre façon de nous comporter. Le Troisième domaine est celui des *transactions*. Il fait référence aux interactions avec l'autre. Cet autre peut être soit un individu, un objet ou une situation. Enfin, le quatrième domaine, celui des *relations*, se situe au-delà des simples transactions. En effet, elle prend en compte le flux relationnel avec l'autre et donne à la proximité relationnelle, toute son importance. Chacun de ces axes comporte deux pôles opposés. Ces deux pôles sont des états de motivations ou les états méta-motivationnels ou encore styles motivationnels. Il y aurait donc huit (8) états méta-motivationnels principaux.

Principaux états méta-motivationnels. Le premier domaine, celui des *fins* et des *moyens*, porte sur l'expérience des objectifs et des moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ses états de motivation contrastés sont « téléique » et « paratéléique ». L'état « téléique » (du grec « télos ») met l'accent sur l'atteinte des objectifs et leur réalisation avec une attitude « sérieuse ». Cet état est caractérisé par une attitude tournée vers l'atteinte des objectifs et l'élément primordial est ici la réussite et non l'action qui l'induit. L'état « paratéléique », quant à lui, se concentre sur l'activité en elle-même, sur le moment présent, avec pour dominante une attitude « ludique ». Cet axe contrairement au premier porte toute son importance sur l'action et est tourné vers une satisfaction procurée par l'activité en elle-même.

Le deuxième domaine, celui des *règles*, porte sur l'expérience des règles et des contraintes. Ses états de motivation contrastés sont « conformistes » et « négativiste ». L'état « conformiste » renvoie à l'observation des lois naturelles, des codes sociaux et des règles, en faisant preuve de respect ou d'obéissance. La satisfaction découlerait, dans cet axe, du respect de ces normes et règles. L'état « négativiste », quant à lui, caractérise une opposition aux attentes et règles sociales. Il s'agit d'un état exprimant une hostilité ou une dissidence, en privilégiant l'adoption d'une attitude non conventionnelle. Il s'agit ici d'une tendance à rechercher de la liberté, par le rejet des normes sociétales et individuelles. Aller à la rencontre de la conformité par des attitudes de rébellion est le trait de caractère principal de cet axe.

Le troisième domaine, celui des *transactions*, porte sur l'expérience de relations avec d'autres personnes, des choses ou des situations. Il est contrasté par les états de motivation « maîtrise » et « sympathie ». L'état « maîtrise » renvoie aux préoccupations portant sur sa propre personne et ses propres intérêts. Il est caractérisé par la tendance à se montrer résistant, à montrer que l'on peut prendre le dessus sur les personnes, les choses et les situations. La réflexion tourne ici autour du pouvoir, et de comment le maintenir, avec le désir de garder une maîtrise sur son environnement. L'état « sympathie », quant à lui, cherche à s'identifier à autrui, et à se concentrer sur les besoins, les intérêts et les ressentis des autres. Priment ici les valeurs telles que l'entraide, l'harmonie, l'affection. L'autre est la préoccupation majeure et l'individu veut prendre soin de lui, se montrer gentil, bienveillant. Le bien-être de l'autre est perçu comme le résultat de la sympathie du sujet.

Le quatrième domaine, celui des *relations*, porte sur l'expérience relationnelle et les représentations qui en sont faites. Ses états de motivations contrastés sont : « autique » et « alloïque ». L'état « autique » renvoie au besoin d'égoïsme, qui conduit l'individu à privilégier son propre ressenti face aux situations. Ainsi, dans une situation relationnelle, la satisfaction vient du fait de s'estimer être soi-même le principal bénéficiaire, et que d'autres s'adaptent de ce fait. Cet état « autique » peut présenter deux facettes : la première, « intra-autique » est relative au soi propre, en lien avec les relations avec sa propre personne. Par exemple, s'encourager soi-même peut être considéré comme une attitude « intra-autique », la deuxième, « autocentrique », fait référence aux soins, aux attentions que l'autre peut porter à notre égard. Bénéficiaire par exemple des soins de l'autre

peut être considéré comme « autocentrique ». L'état « alloïque » quant à lui renvoie aux expériences relationnelles, empreintes de grandeur d'âme et d'altruisme. Il s'agit d'une forme de générosité qui pousse à s'adapter à l'autre (et non l'inverse), au péril de ses propres bénéfices. On peut observer deux facettes concernant cet état : la première, « proactive », est le lien avec celle où il s'opère un phénomène d'identification avec les personnes prenant part à l'interaction, par exemple, des membres proches d'une famille, la seconde, « allocentrique » est relative aux situations où l'identification se fait de façon indirecte, par le biais d'une référence ou d'un idéal.

Selon l'auteur, les personnes sont susceptibles d'expérimenter des états motivationnels, issus de plusieurs domaines dans le même temps. Il en découle d'autres états motivationnels, résultats de combinaisons entre différents états motivationnels, principaux. Plus particulièrement, les états « autique » et « alloïque » peuvent être chacun combinés aux états « sympathie » et « maîtrise », donnant ainsi lieu à des attitudes plus complexes, réunissant le domaine des transactions et celui des relations. De plus, chacun de nous aurait la faculté de basculer d'un état motivationnel à un autre de manière fréquente. En particulier, on basculerait, au sein d'un même domaine de motivation, d'un état motivationnel à son opposé en fonction de différents facteurs, d'où le nom, théorie de l'inversion.

En outre, l'auteur constate que le comportement a une relation complexe avec la motivation : tout type de comportement peut, en principe, être associé à un état de

motivation, et les associations entre états motivationnels sont susceptibles de subir des variations intrapersonnelles, en fonction des situations (voir Figure 5).

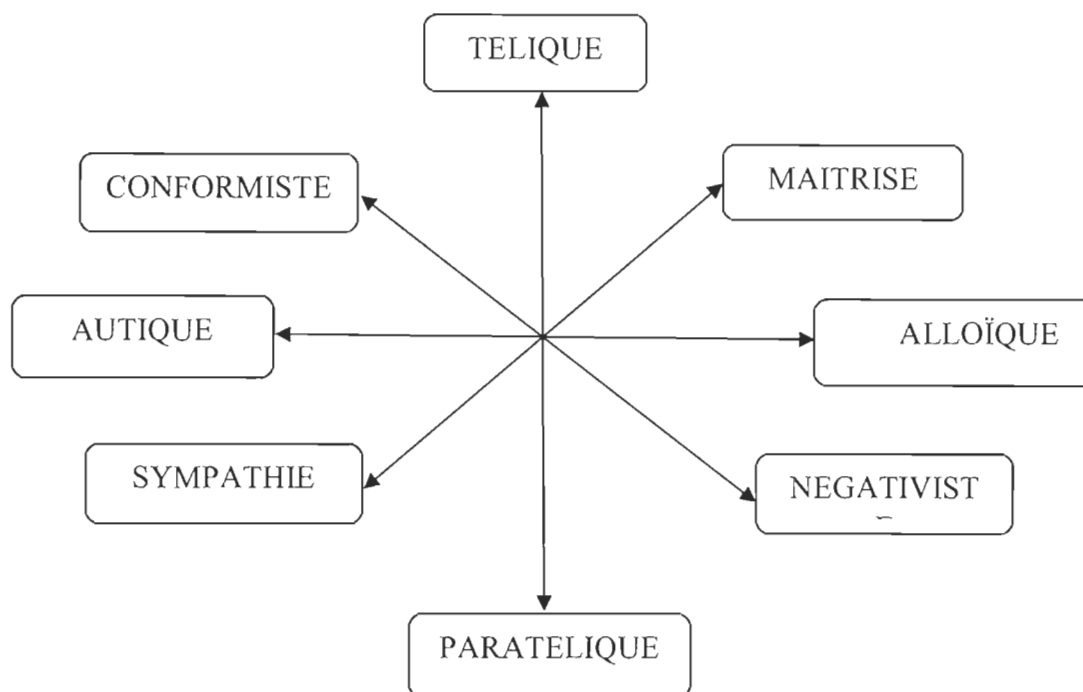


Figure 5. Les états méta- motivationnels de la théorie du renversement émotionnel.

Le chapitre qui va suivre sera dédié à la présentation des deux articles scientifiques qui découlent de la thèse. Le premier article intitulé « Willingness to Use Mental Health Services for Depression among African Immigrants and White Canadian-Born People in the Province of Quebec, Canada » et publié dans le *Journal of Immigrant and Minority Health* (Boukpepsi, Kpanake, & Gagnier, 2020) vise à évaluer l'impact relatif des facteurs impliqués dans la façon dont les migrants africains, aux Québec, jugent leur volonté à demander l'aide dans les services de santé mentale (objectif 1). Le deuxième article intitulé : « Why are African Immigrants Reluctant to Use Mental Health Services? A

Systematic Inventory of Reasons », article en évaluation dans le journal *BMC Health Research*. Cet article vise à délinéer une possible structure motivationnelle sous-jacente aux raisons de la sous-utilisation des services formels de santé mentale et isoler des types spécifiques de raisons afin de mesurer leurs contributions en utilisant une approche structurelle (objectif 2). Enfin, dans la dernière partie de la thèse, nous présenterons les implications méthodologiques, théoriques et pratiques qui découlent des deux articles. Nous aborderons aussi les limites de la thèse ainsi que les pistes de recherches ultérieures avant de présenter la conclusion de la thèse.

Chapitre 2

Willingness to Use Mental Health Services for Depression Among African Immigrants
and White Canadian-Born People in the Province of Quebec, Canada

Willingness to Use Mental Health Services for Depression Among African Immigrants and White Canadian-Born People in the Province of Quebec, Canada

Tchaa balakiyeme BoukpeSSI¹

Lonzozou Kpanake²

Jean-Pierre Gagnier¹

¹ Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, Boulevard des Forges, Trois-Rivières (Québec), G8Z 4M3, Canada

Tchaa.Balakiyeme.BoukpeSSI@uqtr.ca

Jean-Pierre.Gagnier@uqtr.ca

² University of Québec - TELUQ, Montréal, Canada, 5800, rue Saint-Denis, Bureau 1105, Montréal (Québec), H2S 3L5, Canada

Lonzozou.Kpanake@teluq.ca

Corresponding author: Tchaa Balakiyéme BoukpeSSI, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, Boulevard des Forges, Trois-Rivières (Québec), G8Z 4M3, Canada

E-mail address: Tchaa.Balakiyeme.BoukpeSSI@uqtr.ca

telephone: +1(514) 699-7176

Abstract

Studies suggest that non-Caucasian immigrants to Canada are less likely than Canadian-born people to use mental health services. To meet the mental health needs of ethnocultural minorities, insights into their help-seeking attitudes are of great concern. This study examined the willingness of African immigrants and White Canadian-born to seek care for depression from conventional mental health services. African immigrants (N = 262) and White Canadian-born people (N = 250) living in Montreal, Canada, indicated their willingness to use mental health services under different conditions varying as a function of four factors: the severity of symptoms, the waiting time for first consultation, the type of care offered in the mental health service, and whether informal sources of help were available. Seven qualitatively different positions were identified: *Never Consult* (18% of the African immigrants and 1% of the White Canadian-born people); *Hesitant* (18% of the African immigrants and 7% of the White Canadian-born people); *Depends on Waiting Time* (16% of the African immigrants); *Depends on Waiting Time and Symptoms* (22% of the African immigrants); *Depends on Symptoms* (36% of the White Canadian-born people and 6% of the African immigrants); *Willing to consult* (33% of the White Canadian-born people and 2% of the African immigrants); *Certain to Consult* (9% of the White Canadian-born people and 4% of the African immigrants), while 14% of participants in each group did not express any position. African immigrants were more likely to underuse mental health services, compared with White Canadian-born people. The above diversity of positions strongly suggests that the design and implementation of interventions to reduce disparities in African immigrants' use of mental health care must

not be “one size fits all” but must be tailored to address these immigrants’ differing attitudes and needs.

Keywords: Mental health service utilization, Willingness, African immigrants, Canada

Introduction

Although the health service in Canada is publicly funded and available to all citizens and residents, non-Caucasian immigrants are less likely than White Canadian-born people to receive care in mental health services (Anderson et al., 2015; Kirmayer, 2007; Thomson, Chaze, George, & Guruge, 2015; Whitley, Wang, Fleury, Liu, & Caron, 2017). Ensuring equity in access to care and appropriate use of mental health services requires an understanding of mental health-seeking behavior among non-Caucasian immigrants in order to inform the development of equitable services (Thomson et al., 2015). Broadly speaking, two perspectives to explain the underutilization of mental health services among non-Caucasian immigrants have been provided. Some researchers suggest that this underutilization reflects a decreased need associated with the “healthy immigrant effect” (McDonald & Kennedy, 2004; Newbold, 2005; Whitley et al., 2017). The “healthy immigrant effect” hypothesis suggests that immigrants in Canada generally have better mental health than the native-born population (McDonald & Kennedy, 2004; Newbold, 2005; Whitley et al., 2017). Others suggest that the disparities in access to mental health services are the product of institutional and sociocultural barriers that disadvantage non-Caucasian immigrants. These barriers include a lack of cultural competence (i.e., inability of providers to effectively deliver healthcare that meets the social and cultural needs of patients) (Fenta, Hyman, & Noh, 2006; Thomson et al., 2015), variations in cultural models of illness (Fenta, Hyman, & Noh, 2006, 2007), stigma (Anderson et al., 2015; Thomson et al., 2015), perceived discrimination (Whitley, Kirmayer, & Groleau, 2006;

Thomson et al., 2015), variations in service provision (Fenta et al., 2006, 2007), and linguistic needs (Thomson et al., 2015).

To date, it is not clear whether the underuse of mental health services by non-Caucasian immigrants reflects a decreased need or is the product of institutional or sociocultural barriers. Furthermore, while previous studies have identified factors that affect the professional help-seeking attitudes of immigrants, surprisingly few attempts have been made to understand the ways in which those factors contribute to the decision to seek (or not to seek) help from professional mental health services. The findings of several studies, however, strongly suggest that the act of seeking (or not seeking) help from professional health services is hardly the consequence of single factors. Instead, it is the result of an active judgment process in which patients weigh, balance, and combine different circumstantial factors (e.g. severity of symptoms, perceived effectiveness of treatment, patient-provider relationship, waiting times) (Cabassa & Zayas, 2007; Dean, Long, Matthews, & Buckner, 2018; Kpanake, Dassa, & Mullet, 2013; Vogel, Wester, Larson, & Wade, 2006). Understanding the attitudes of African immigrants towards the formal use of mental health services may aid efforts to optimize care and ensure appropriate use of mental health services. The present study aimed to examine the willingness of African immigrants living in the province of Quebec to seek care for depression from formal mental health services. Their willingness was examined in different circumstances varying as a function of the severity of symptoms, the type of mental health care, the waiting time for a first consultation, and whether informal sources

of care were available. As immigrant groups differ considerably in their sociocultural backgrounds and daily life experiences, it is recommended that researchers focus on specific immigrant groups rather than immigrants in general (Dietz, 2010; Petersen & Dietz, 2005).

The present study focused on African immigrants because they represent the second largest number of recent immigrants to Canada (2017), and little attention has been paid to mental health issues among this population. To explore possible differences between African immigrants and White Canadian-born people, the responses of a sample of members of each of the two groups were compared. This comparison is based on the fact that, without data on the differences between African immigrants and White Canadian-born people, it would be difficult to plan for appropriate mental health services.

We expected, based on previous studies (Fenta et al., 2006, 2007; Whitley et al., 2006), that the overall willingness to use mental health services would be significantly lower among African immigrants, compared to White Canadian-born people. We also expected that, based on Thomson et al.'s (2015) and Anderson et al.'s (2015) findings, when judging whether or not to seek professional help, most people from each of the two groups would take into account circumstantial factors, and that the factor that mattered the most would differ. Finally, as individual differences have been found in attitudes toward utilization of mental health services (Evans, Padwa, Li, Lin, & Hser, 2015; Goodwin, Hoven, Lyons, & Stein, 2002), we expected to find at least three qualitatively different

positions on the willingness to use mental health services among the participants: (1) some participants would be willing to use mental health services whenever they felt the need, (2) other participants would decide whether or not to use the service based on circumstances (e.g. severity of symptoms and waiting times), and (3) still others would be absolutely reluctant to use the service, irrespective of circumstances. We expected that African immigrants would be more likely to express reluctant attitudes.

Methods

Participants

The 512 participants were either African immigrants (N = 262) or from the White Canadian-born population (N = 250) living in the province of Quebec, Canada. They were approached in public places (e.g. public parks, libraries, sidewalks) in the city of Montreal. Montreal is the most ethnically diverse city in Quebec, therefore enabling comparative studies to be conducted among different ethnocultural groups living in the same area. The researchers approached people based on their skin color and, subsequently, asked whether they were immigrants from Africa or Canadian-born. If the person met the criteria, the researchers explained the study and invited them to participate. Overall, 370 African immigrants and 410 White Canadian-born people were invited to participate. Of these, 70% and 61%, respectively, agreed to participate. Participants spoke French--the official and common language of Quebec--as their first or second language. The countries of origin of the African immigrant participants were: Cameroon (N = 56), Democratic Republic of Congo (N = 46), Côte d'Ivoire (N = 37), Guinea (N = 33), Togo (N = 28),

Rwanda (N = 12), Benin (N = 12), Burkina Faso (N = 9), Congo (N = 8), Senegal (N = 5), Central African Republic (N = 5), Mali (N = 4), Burundi (N = 3), Gabon (N = 1), Madagascar (N = 1), Mauritania (N = 1), and Nigeria (N = 1). Participants were unpaid volunteers. Their demographic characteristics are shown in Table 1.

Material

The material consisted of 36 cards containing a vignette of a few lines, a question, and a response scale. The vignettes were composed of combinations of different levels of four factors that influence help-seeking behavior, as suggested by previous studies (Chaumba, 2011; Nyagua & Harris, 2008; Petersen & Dietz, 2005; Scuglik, Alarcon, Lapeyre, Williams, & Logan, 2007; Venters et al., 2011; Venters, H., & Gany, 2011):

(a) the severity of depressive symptoms according to the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.):

- severe,
- moderate, or
- mild

(b) the type of care offered in the mental health service:

- medication-focused care, or
- comprehensive care approach (healthcare providers care for the patient's sociocultural and spiritual needs, not just the medical ones).

Table 1

Demographic Characteristics of the Sample. Composition of the Clusters

Characteristic	Cluster								Total
	Never	Hesitant	Waiting Time	Waiting Time & Symptoms	Symptoms	Willing	Certain	Undetermined	
Gender									
Female	29(9)	28(9) ^a	25(8)	47(15) ^a	60(19)	53(17)	26(9)	43(14)	311
Male	22(11)	36(18) ^a	17(8)	10(5) ^a	46(23)	35(17)	7(4)	28(14)	201
Age									
18-26 years	23(13)	30(18) ^a	32(19) ^{ab}	15(9) ^a	19(11) ^{ab}	21(12) ^a	4(2) ^{ab}	28(16)	172
27-36 years	16(10)	20(12)	9(6) ^a	31(19) ^{ab}	33(20) ^a	25(15)	11(7) ^a	17(11)	162
37+ years	12(7)	14(8) ^a	1(1) ^b	11(6) ^b	54(30) ^b	42(23) ^a	18(10) ^b	26(15)	178
Group									
African immigrants	48(18) ^a	46(18) ^a	42(16) ^a	57(22) ^a	15(6) ^a	6(2) ^a	11(4) ^a	37(14)	262
Canadian-born	3(1) ^a	18(7) ^a	0(0) ^a	0(0) ^a	91(36) ^a	82(33) ^a	22(9) ^a	34(14)	250
Length of stay in Canada (African immigrants)									
14-35 months	21(15)	11(8) ^a	32(23) ^a	38(27) ^a	12(9)	1(1)	5(4)	18(13)	138
36+ months	27(22)	35(28) ^a	10(8) ^a	19(15) ^a	3(3)	5(4)	6(5)	19(15)	124

Table 1 (continued)

Demographic Characteristics of the Sample. Composition of the Clusters

Characteristic	Cluster								Total
	Never	Hesitant	Waiting Time	Waiting Time & Symptoms	Symptoms	Willing	Certain	Undetermined	
Education African immigrants									
Prim. or Sec.	0(0)	1(9)	0(0)	0(0)	1(9)	2(18)	7(64)	0(0)	11
College	2(17)	3(25)	1(8)	4(34)	0(0)	0(0)	1(8)	1(8)	12
University	46(19)	42(18)	41(17)	53(22)	14(6)	4(2)	3(1)	36(15)	239
Education Canadian-born									
Prim. or Sec.	3(3)	14(14) ^{ab}	0(0)	0(0)	33(34)	24(24) ^a	0(0) ^a	25(25) ^{ab}	99
College	0(0)	3(4) ^a	0(0)	0(0)	33(47) ^a	31(44) ^a	1(2) ^b	2(3) ^a	70
University	0(0)	1(1) ^b	0(0)	0(0)	25(31) ^a	27(33)	21(26) ^{ab}	7(9) ^b	81
Religion									
Atheist	5(4) ^a	7(5) ^{ab}	2(1) ^{ab}	5(3) ^{ab}	50(35) ^{ab}	38(27) ^{ab}	19(13) ^{ab}	17(12)	143
Christian	40(13) ^a	47(15) ^a	22(7) ^{ac}	33(11) ^{ac}	50(16) ^a	49(16) ^{ac}	14(5) ^a	51(17) ^a	306
Muslim	6(9)	10(16) ^b	18(29) ^{bc}	19(30) ^{bc}	6(9) ^b	1(2) ^{bc}	0(0) ^b	3(5) ^a	63
Total	51	64	42	57	106	88	33	71	512

Notes. The figures in parentheses are percentages. Figures with the same exponent in each column are significantly different, $p < .05$. For example, in the second column, ^a = significantly higher number of African immigrants in the *Never Consult* cluster than Canadian-born people. Prim. = primary school education; Sec. = secondary school education.

(c) the waiting time for a first consultation in formal mental health services:

- 2 months,
- 4 months, or
- 6 months

(d) whether informal sources of care (e.g. cohesive families, friends, and religious counsellors) are available:

- available, or
- not available

The question under each vignette was, “If you were in [patient’s name]’s situation, how likely would you be to consult this mental health service?” The response scale was an 11-point scale with anchors of “Certainly NO” (0) and “Certainly YES” (10). The material was in French. The cards were arranged randomly and in a different order for each participant. Two examples of scenarios are given in the online supplementary Appendix A¹, and the whole set of scenarios is shown in the online supplementary Table S1.

We checked the ecological validity of the vignettes in advance by asking six mental health professionals (2 psychiatrists, 2 psychologists, and 2 social workers) in Montreal to read each vignette and indicate whether it depicted a “possible” situation. From all six viewpoints, each scenario seemed possible.

¹ La suite de l’Appendix A se trouve en Appendice de cette présente thèse.

Procedure

The researchers arranged for a quiet place to administer the experiment with each participant. The site of the study was either a vacant classroom in a local educational institution or in the participant's private home, depending on which was more convenient for the participant. Testing was strictly individual. As recommended by Anderson (2014), the session had two phases. In the so-called familiarisation phase, the experimenter explained what was expected of the participant: that they were to read stories depicting a person suffering from symptoms of depression and they were to indicate, in each story, their willingness to seek care from a formal mental health service if they were in this situation. Next, the participant was presented with 18 stories taken randomly from the complete set. The participant read each story out loud, was reminded by the experimenter of the items of information in the story, and then provided ratings on their willingness to consult. After completing the 18 ratings, the participant was allowed to look back at his or her responses and compare and change them. The purpose of the familiarization phase was to make the participant as familiar as possible with the test material and the task (Anderson, 2014).

In the experimental phase, each participant gave ratings for the whole 36 stories, working at his or her own pace, but not allowed to look back at and change previous responses.

The participants took 30-45 minutes to complete the ratings. The experimental phase went quickly because they were already familiar with the task and the material.

Ethics approval for the study was obtained from the Institutional Review Board of the Université du Québec à Trois-Rivières. Full anonymity was provided to all participants.

Statistical analyses

For each of the 36 scenarios, each mark along the response scale was converted into a numerical rating ranging from 0 to 10. First, an overall ANOVA was conducted on the raw data with a design of Group \times Type of Care \times Informal Care \times Waiting Time \times Symptoms, $2 \times 2 \times 2 \times 3 \times 3$. Second, as we detected strong individual differences in responses during data gathering (as expected) a cluster analysis was performed. As recommended by Hofmans and Mullet (2013), the K-means method was used. An eight cluster solution was retained because it was the one that produced the most interpretable findings. Third, an overall ANOVA was conducted on the raw data with a design of Cluster \times Type of Care \times Informal Care \times Waiting Time \times Symptoms, $8 \times 2 \times 2 \times 3 \times 3$. As the cluster effect was significant, and the two-way interactions involving the clusters factor were significant, eight separate ANOVAs were conducted on the data of each cluster, using a Type of Care \times Informal Care \times Waiting Time \times Symptoms, $2 \times 2 \times 3 \times 3$, design. Owing to the multiple comparisons performed, the significance threshold was set at .001. Finally, we performed probability difference tests to examine the effects of demographic characteristics.

Results

Influence of severity of symptoms, type of care, waiting time and availability of informal sources of care on participants' willingness to use mental health services

The main results of the overall ANOVA are shown in Table 2. Participants' ratings were much higher (a) when symptoms were severe ($M = 6.61$) than when they were mild ($M = 3.87$), and (b) when waiting times for a first consultation were short ($M = 6.21$) rather than long ($M = 4.35$). The ratings were slightly higher (c) when the mental health service followed a comprehensive care approach ($M = 5.52$) than when it was medication-focused ($M = 5.07$), and (d) when informal sources of care were unavailable ($M = 5.44$) compared to when they were available ($M = 5.15$). As also shown in Table 2, the impact of waiting times for a first consultation was stronger among African immigrants ($5.09 - 2.49 = 2.60$) than among White Canadian-born people ($7.32 - 6.20 = 1.12$), while the impact of the severity of symptoms was stronger among White Canadian-born people ($8.54 - 4.96 = 3.58$) than among African immigrants ($4.66 - 2.78 = 1.88$). In addition, as showed in Figure 6, the overall ratings were much higher among the White Canadian-born group ($M = 6.85$) compared to the African immigrant group ($M = 3.74$).

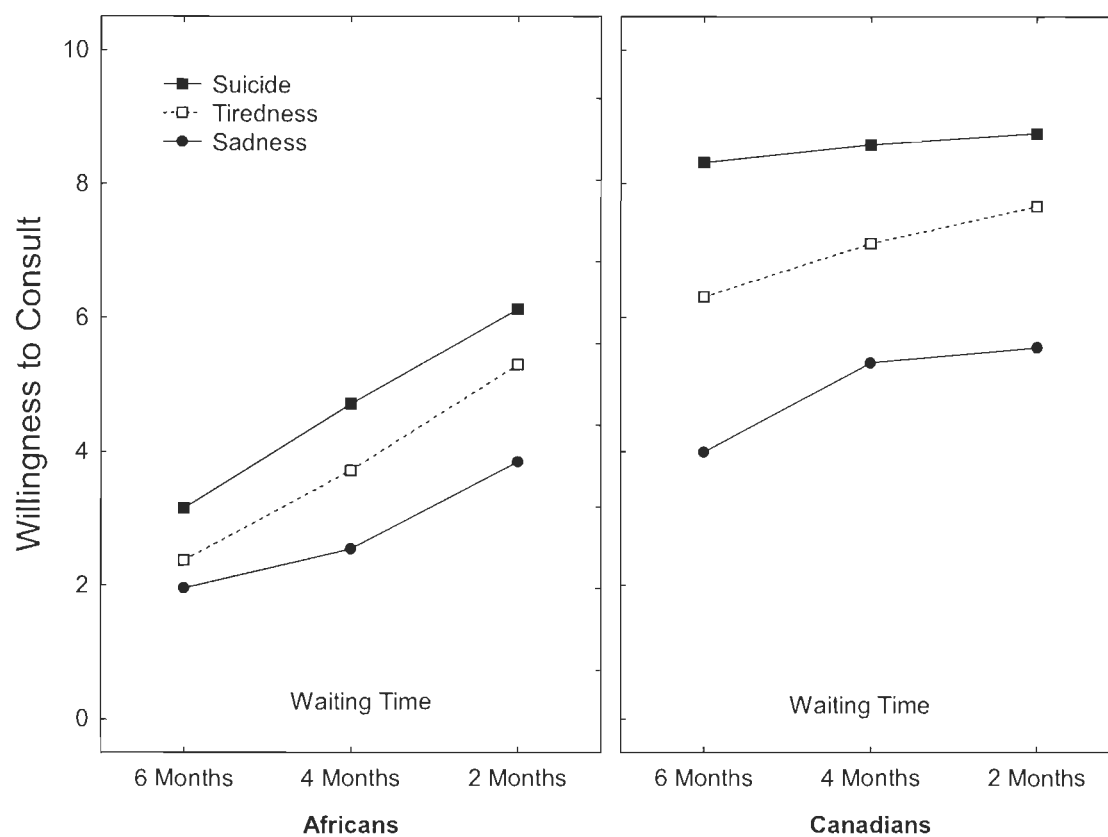
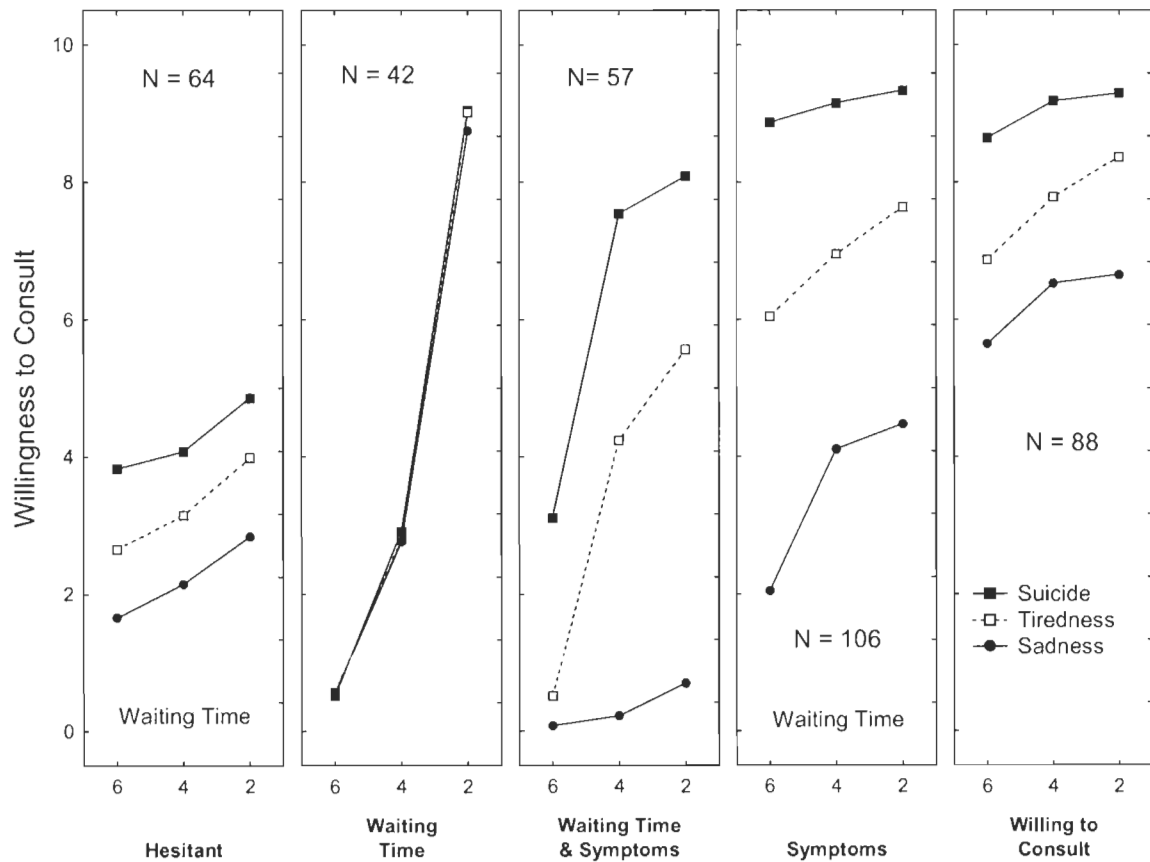


Figure 6. Patterns of results showing the relationship between severity of symptoms and waiting time among African immigrants and White Canadian-born people.

Participants' positions on willingness use mental health services

Figure 7 shows the patterns of data that correspond to five of the eight clusters. Table 1 shows the distribution of participants in each cluster. The results of the corresponding ANOVAs are shown in Table 2.



Note. In each panel, (a) the level of willingness to consult is on the y-axis, (b) the three levels of waiting times are on the x-axis, and (c) the three curves correspond to the three levels of symptoms.

Figure 7. Patterns of results corresponding to the five clusters: *Hesitant*, *Waiting Time*, *Waiting Time & Symptoms*, *Symptoms*, *Willing to Consult*.

Table 2

Main Results of the Overall ANOVA. Main Results of the ANOVAs Conducted at the Cluster Level

Cluster and Factor	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Overall Analysis					
Group (G)	1	44 106.67	350.07	.001	.41
Type of Care (C)	1	966.55	108.29	.001	.18
Informal Care (I)	1	380.70	54.42	.001	.10
Waiting Time (W)	2	5286.33	285.76	.001	.36
Symptoms (S)	2	11 533.09	515.26	.001	.50
G × C	1	68.68	7.69	.006	.01
G × I	1	94.60	13.52	.001	.03
G × W	2	911.19	49.26	.001	.09
G × S	2	1140.72	50.96	.001	.09
I × S	2	13.60	10.17	.001	.02
W × S	4	32.75	13.34	.001	.03
G × I × S	2	105.24	78.75	.001	.13
G × W × S	4	198.05	80.66	.001	.14
Cluster Never Consult					
Type of Care	1	20.27	6.25	.02	.11
Informal Care	1	3.12	.63	.43	.01
Waiting Time	2	46.14	11.35	.001	.19
Symptoms	2	1.65	.29	.75	.01
Cluster Hesitant					
Type of Care	1	326.25	12.25	.001	.16
Informal Care	1	169.54	13.26	.001	.17
Waiting Time	2	277.71	39.23	.001	.38
Symptoms	2	799.50	40.88	.001	.39

Table 2 (continued)

Main Results of the Overall ANOVA. Main Results of the ANOVAs Conducted at the Cluster Level

Cluster and Factor	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Cluster Waiting Time					
Type of Care	1	4.89	.85	.36	.02
Informal Care	1	1.06	.56	.45	.01
Waiting Time	2	9491.62	702.84	.001	.94
Symptoms	2	2.59	1.24	.29	.03
Cluster Waiting Time and Symptoms					
Type of Care (C)	1	824.85	224.65	.001	.80
Informal Care (I)	1	386.88	69.43	.001	.55
Waiting Time (W)	2	2375.14	436.41	.001	.89
Symptoms (S)	2	5982.39	1153.77	.001	.95
C × W	2	59.95	24.50	.001	.30
I × W	2	78.73	32.06	.001	.36
C × S	2	121.74	66.79	.001	.54
I × S	2	61.26	43.07	.001	.43
W × S	4	454.87	164.34	.001	.75
C × W × S	4	35.49	22.73	.001	.29
Cluster Depends on Symptoms					
Type of Care (C)	1	74.45	12.21	.001	.10
Informal Care (I)	1	75.01	15.97	.001	.13
Waiting Time (W)	2	763.28	311.61	.001	.75
Symptoms (S)	2	10 008.14	907.74	.001	.90
C × W	2	137.77	50.94	.001	.33
I × S	2	80.92	69.24	.001	.40

Table 2 (continued)

Main Results of the Overall ANOVA. Main Results of the ANOVAs Conducted at the Cluster Level

Cluster and Factor	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
W × S	4	130.14	57.78	.001	.35
C × I × S	2	94.55	72.21	.001	.41
C × W × S	4	70.37	44.48	.001	.30
Cluster Willing to Consult					
Type of Care (C)	1	178.64	86.00	.001	.50
Informal Care (I)	1	16.60	11.48	.01	.12
Waiting Time (W)	2	310.95	105.70	.001	.55
Symptoms (S)	2	1994.59	374.25	.001	.81
C × W	2	26.32	21.85	.001	.20
I × W	2	28.21	31.96	.001	.27
I × S	2	20.27	27.16	.001	.24
W × S	4	17.26	22.94	.001	.21
Cluster Certain to Consult					
Type of Care	1	.01	.01	.94	.00
Informal Care	1	2.02	.96	.33	.03
Waiting Time	2	1.16	1.32	.27	.04
Symptoms	2	4.35	2.61	.08	.08
Cluster Undetermined					
Type of Care	1	106.61	8.17	.01	.10
Informal Care	1	39.56	2.26	.14	.03
Waiting Time	2	103.70	24.00	.00	.26
Symptoms	2	214.73	11.61	.00	.14

The first cluster ($N = 51$, 10% of the sample, not shown) was the expected cluster of people who were always reluctant to seek help from mental health services. All ratings were very low ($M = .95$). This cluster was called *Never Consult*. Ratings were slightly higher when waiting times were short ($M = 1.25$) than when they were long ($M = .70$).

African immigrants (18%) and Christians (13%) were significantly more likely to belong to this cluster than White Canadian-born people (1%) and atheists (4%).

The second cluster ($N = 64$, 13%) was called *Hesitant* because the ratings, although always higher than those in the previous cluster, were nevertheless low ($M = 3.24$). Ratings were higher (a) when symptoms were severe ($M = 4.25$) than when they were mild ($M = 2.21$), and (b) when waiting times were short ($M = 3.89$) rather than long ($M = 2.71$). Ratings were slightly higher (c) when the service followed a comprehensive care approach ($M = 3.62$) than when it was medication-focused ($M = 2.87$), and (d) when informal sources of help were unavailable ($M = 3.51$) compared to when they were available ($M = 2.97$). Males (18%), younger participants (18%), African immigrants residing in Canada for more than three years (28%), less educated White Canadian-born people (14%), and religious people (15%) were significantly more likely to belong to this cluster than females (9%), older participants (8%), African immigrants residing in Canada for less than three years (8%), more educated White Canadian-born people (1%), and atheists (5%).

The third cluster (N = 42, 8%) was called *Waiting Time* because ratings were considerably higher when the waiting time was short ($M = 8.94$) than when it was long ($M = .55$). Younger participants (19%), African immigrants in general (16%), African immigrants residing in Canada for less than three years (23%), and Muslims (29%) were significantly more likely to belong to this cluster than older participants (1%), White Canadian-born people (0%), African immigrants residing in Canada for more than three years (8%), atheists (1%), and Christians (7%).

The fourth cluster (N = 57, 11%) was called *Waiting Time and Symptoms* because these two factors explained most of the variance and interacted strongly. Ratings were considerably higher when symptoms were severe and the waiting time was short ($M = 8.09$) than when symptoms were mild and the waiting time was long ($M = .83$). This interaction was further accentuated when the service followed a comprehensive care approach than when it was medication-focused. Females (15%), participants aged 27-36 (19%), African immigrants (22%), African immigrants residing in Canada for less than three years (27%), and Muslims (30%) were significantly more likely to belong to this cluster than males (5%), older participants (6%), White Canadian-born people (0%), African immigrants residing in Canada for more than three years (15%), atheists (3%), and Christians (11%).

The fifth cluster (N = 106, 21%) was called *Symptoms* because the ratings were considerably higher when symptoms were severe ($M = 9.12$) than when they were mild

($M = 3.54$). In addition, ratings were higher when the waiting time was short ($M = 7.15$) rather than when it was long ($M = 5.67$). Further, the impact of symptoms was stronger when the waiting time was long ($8.87 - 2.05 = 6.82$) rather than when it was short ($9.34 - 4.48 = 4.86$). Older participants (30%), White Canadian-born people in general (36%), White Canadian-born people with a college degree (47%), and atheists (35%) were significantly more likely to belong to this cluster than younger participants (11%), African immigrants (6%), White Canadian-born people with other degrees (33%), and religious people (15%).

The sixth cluster ($N = 88$, 17%) was called *Willing to Consult* because the ratings were always higher than the middle of the response scale ($M = 7.66$). It showed a reverse pattern of data to the *Hesitant* cluster. Ratings were higher (a) when symptoms were severe ($M = 9.04$) than when they were mild ($M = 6.27$), and (b) when the waiting time was short ($M = 8.10$) rather than long ($M = 7.10$). Ratings were slightly higher when the service followed a comprehensive care approach ($M = 7.90$) than when it was medication-focused ($M = 7.42$). Older participants (23%), White Canadian-born people in general (33%), White Canadian-born people with a college degree (43%), and atheists (27%) were significantly more likely to belong to this cluster than younger participants (12%), African immigrants (2%), White Canadian-born people with a secondary school education (24%), and religious people (15%).

The seventh cluster ($N = 33$, 6%, not shown) was the expected cluster of people who were always willing to seek help from mental health services. All ratings were high ($M = 9.87$). This cluster was called *Certain to consult*. Older participants (10%), White Canadian-born people in general (9%), White Canadian-born people with a college degree (26%), and atheists (13%) were significantly more likely to belong to this cluster than younger participants (2%), African immigrants (4%), White Canadian-born people without a college degree (1%), and religious people (4%).

Finally, the eighth cluster ($N = 71$, 14%, not shown) was called *Undetermined* because all ratings were always close to the middle of the response scale ($M = 5.45$). White Canadian-born people with primary education (25%) and Christians (15%) were significantly more likely to belong to this cluster than more educated White Canadian-born people (6%) and Muslims (5%).

Discussion

This is the first study to compare willingness to use mental health services between African immigrants in Canada and non-immigrants. As expected, the level of overall willingness to seek care from mental health services for symptoms of depression was significantly lower among African immigrants, compared to White Canadian-born people. This finding is consistent with that of Kirmayer et al. (2007), which suggested that Vietnamese and Filipino immigrants in Canada were less likely than Canadian-born people to make use of mental health services. As the methodology used in this study

enabled the researchers to present participants with similar mental health needs from both groups, this finding strongly suggests that the underuse of mental health services among African immigrants cannot be explained by less need.

Also, as expected, each of the circumstantial factors contained in the vignettes contributed independently to the use of mental health services by African immigrants. They were more willing to use mental health services when they perceived symptoms to be severe, the waiting time was short, informal sources of help were unavailable, and when the care provided was based on a comprehensive approach, rather than when the symptoms were perceived as mild, the waiting time was long, informal sources of help were available, and the care provided was medication-focused. The most important factors in the African immigrants' decision to use (or not to use) the service were the severity of symptoms and the waiting time for a first consultation. These findings were consistent with Memon et al.'s (2016) observations among Black communities in England.

The high importance of the severity of symptoms found in the present study can be explained, as suggested by previous studies, by stigma associated with mental illness among African communities (Chaumba, 2011; Memon et al., 2016; Nadeem et al., 2007). That is, the use of mental health services is perceived as shameful; as such, people with mental illness might only be willing to consult professionals when symptoms are very severe. Furthermore, because severe depressive symptoms are somatic in nature, individuals might easily perceive them as somatic rather than psychiatric in origin, and

therefore be more willing to consult. The important role of waiting times in participants' decision to consult may be explained by a perception that lengthy waiting times for services could have a negative impact on the outcome by allowing depressive symptoms to escalate in severity. Perceived lengthy waiting times for formal services might be particularly frustrating for many African immigrants in contexts where African traditional healers and religious healers – whose approach to care is more readily understood and accepted by many African immigrants – are available and easily accessible (Fenta et al., 2006, 2007; Kpanake, 2018).

Finally, also as expected, we found qualitatively different positions on the willingness to use mental health services, consistent with previous studies suggesting individual differences in help-seeking behavior (Evans et al., 2015; Goodwin et al., 2002). One group (22%) of participants – 4 in 5 of whom were African immigrants – were unwilling to seek care in formal mental health services, even when symptoms were severe, waiting times were short, informal sources of help were unavailable, and the care provided was based on a comprehensive approach. Another group (21%) of participants – only 1 in 7 of whom were African immigrants – were, in contrast with the previous group, always willing to use mental health services whenever they felt the need. A third group of participants (40%) based their decision to use (or not to use) services on circumstances, whether primarily on severity of symptoms (21%), on waiting times (8%), or a combination of severity of symptoms and waiting times (8%). These nuanced positions were almost group-exclusive, with only African immigrants in the *Waiting Time* and *Severity of Symptoms and Waiting*

Time clusters, while the overwhelming majority (86%) of members of the *Severity of Symptoms* cluster was White Canadian-born people. The reluctance to use formal mental health services found among the African immigrant group echoed the findings of Fenta et al. (2007), which indicated that Ethiopian immigrants in Canada were more likely to consult traditional healers than healthcare professionals for mental health problems. This attitude may be explained by an understanding of mental illness in African cultural contexts that differs from that of the mainstream model (Fenta et al., 2006; Kpanake, 2018; Nyagua & Harris, 2008), as well as stigma (Kirmayer et al., 2007; Memon et al., 2016).

This study has limitations. First, it used a convenience sample of only moderate size. Any generalization of the findings must, therefore, be done with care. Second, it used vignettes, not real patients suffering from depression. The use of vignettes, however, is useful in that it permits statistical analyses to reveal how people weigh and combine separate factors. Third, the researchers did not ask the respondents further questions to elucidate the reasons underlying their positions. Future follow-up studies using qualitative methods are needed to understand the respondents' reasoning.

Despite these limitations, this study is the first to provide findings from a direct comparison between African immigrants in Canada and White Canadian-born people as regards to their willingness to use mental health services. Differences and similarities found are hypothesis-generating and provide insights about the design and implementation of tailored interventions that could increase utilization of mental health

services among African immigrants. The diversity of attitudes found strongly suggests that those interventions must not be “one size fits all” but must be tailored in design and implementation to address patients’ differing attitudes and needs.

References

- Anderson, K. K., Flora, N., Ferrari, M., Tuck, A., Archie, S., Kidd, S., ... McKenzie, K. (2015). Pathways to first-episode care for psychosis in African-, Caribbean-, and European-Origin groups in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry, 60*(5), 223-231.
- Anderson, N. H. (2014). *A functional theory of cognition*. New York, NY: Psychology Press.
- Cabassa, L. J., & Zayas, L. H. (2007). Latino immigrants' intentions to seek depression care. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(2), 231-242.
- Chaumba, J. (2011). Health status, use of health care resources, and treatment strategies of Ethiopian and Nigerian immigrants in the United States. *Social Work in Health Care, 50*, 466-481.
- Dean, K. E., Long, A. C. J., Matthews, R. A., & Buckner, J. D. (2018). Willingness to seek treatment among Black students with anxiety or depression: The synergistic effect of sociocultural factors with symptom severity and intolerance of uncertainty. *Behavior Therapy, 49*, 691-701.
- Dietz, J. (2010). Introduction to the special issue on employment discrimination against immigrants. *Journal of Managerial Psychology, 25*(2), 104-112.
- Evans, E., Padwa, H., Li, L., Lin, V., & Hser, Y.-I. (2015). Heterogeneity of mental health service utilization and high mental health service use among women eight years after initiating substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 59*, 10-19.
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous Mental Disease, 194*, 925-934.
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2007). Health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*, 349-357.
- Goodwin, R. D., Hoven, C. W., Lyons, J. S., & Stein, M. B. (2002). Mental health service utilization in the United States: The role of personality factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 561-566.
- Hofmans, J., & Mullet, E. (2013). Towards unveiling individual differences in different stages of information processing: A clustering-based approach. *Quality & Quantity, 47*, 455-464.

- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., Galbaud du Fort, G., Lasry, J.-C., & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*, 295-304.
- Kpanake, L. (2018). Cultural concepts of the person and mental health in Africa. *Transcultural Psychiatry, 55*(2), 198-218.
- Kpanake, L., Dassa, S. K., & Mullet, E. (2013). Willingness to seek malaria treatment among Togolese people. *Psychology, Health & Medicine, 18*(1), 30-36.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the healthy immigrant effect: Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine, 59*(8), 1613-1627.
- Memon, A., Taylor, K., Mohebati, L. M., Sundin, J., Cooper, M., Scanlon, T., & de Visser, R. (2016). Perceived barriers to accessing mental health services among Black and minority ethnic (BME) communities: A qualitative study in Southeast England. *BMJ Open*, Article e012337.
- Nadeem, E., Lange, J. M., Edge, D., Fongwa, M., Belin, T., & Miranda, J. (2007). Does stigma keep poor young immigrant and U.S.-born black and Latina women from seeking mental health care? *Psychiatric Services, 58*, 1547-1554.
- Newbold, K. B. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: Risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine, 60*(6), 1359-1370.
- Nyagua, J. Q., & Harris, A. J. (2008). West African refugee health in rural Australia: complex cultural factors that influence mental health. *Rural and Remote Health, 8*(1), 884.
- Petersen, L. E., & Dietz, J. (2005). Enforcement of workforce homogeneity and prejudice as explanations for employment discrimination. *Journal of Applied Social Psychology, 35*(1), 144-159.
- Scuglik, D. L., Alarcon, R. D., Lapeyre, A. C. 3rd, Williams, M. D., & Logan, K. M. (2007). When the poetry no longer rhymes: Mental health issues among Somali immigrants in the USA. *Transcultural Psychiatry, 44*(4), 581-595.
- Statistics Canada. (2017). *Immigration and ethnocultural diversity: Key results from the 2016 Census*. Released 25 October 2017. [accessed 30 May 2019]. Available: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-infoeng.htm>

- Thomson, M. S., Chaze, F., George, U., & Guruge, S. (2015) Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: A review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(6), 1895-1905.
- Venters, H., Adekugbe, O., Massaquoi, J., Nadeau, C., Saul, J., & Gany, F. (2011). Mental health concerns among African immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 13*, 795-797.
- Venters, H., & Gany, F. (2011). African immigrant health. *Journal of Immigrant and Minority Health, 13*, 333-344.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Larson, L. M., & Wade, N. G. (2006). An information-processing model of the decision to seek professional help. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 398-406.
- Whitley, R., Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(4), 205-209.
- Whitley, R., Wang, J. W., Fleury, M.-J., Liu, A., & Caron, J. (2017). Mental health status, health care utilisation, and service satisfaction among immigrants in Montreal: An epidemiological comparison. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*(8), 570-579.

Appendix A

I

Three months ago, Mr Pierre lost someone who was dear to him. Following this event, his mood has been very sad every day and he spends his days enclosed in his apartment, where he cries continually. He doesn't eat very much because he has little appetite, and he has no interest in social activities that interested him previously. Convinced that his life no longer had meaning, he made a suicide attempt yesterday.

Mr Pierre has been socially isolated for a little while. He has no family members and he hardly has any friends. There is no one who can offer him support in any way.

At De Maisonneuve Hospital, the team of mental health professionals routinely resort to medication and psychotherapy to treat the ailments described by Mr Pierre. In addition, they place a specific importance on the cultural diversity of their patients, adapting the treatment offered according to the socio-cultural reality, language, and spirituality of each patient. The waiting time to receive services from this team of professionals is 2 months.

If you were in Mr Pierre's situation, how likely would you be to consult this mental health service?

Certainly NO 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Certainly YES**

II

Three months ago, Mr Thomas lost someone who was important to him. Following this event, his mood is frequently sad, and his interest in social activities has diminished. He also reports experiencing less appetite since this death occurred.

Mr Thomas has many friends and family members who love him. They have offered their moral and social support. In parallel, members of his religious community have offered their spiritual support.

At Décaric Hospital, the team of mental health professionals routinely resorts to medication and psychotherapy to treat the ailments described by Mr Thomas.

Nevertheless, they do not place a particular importance on the cultural diversity of their patients. The socio-cultural reality, language, and spirituality of minority ethnic groups are not taken into consideration in the treatment offered. The waiting time to receive services from this team of professionals is 6 months.

If you were in Mr Thomas' situation, how likely would you be to consult this mental health service?

Certainly NO 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Certainly YES**

Chapitre 3
Why are African Immigrants Reluctant to Use Mental Health Services?
A Systematic Inventory of Reasons

**Why are African Immigrants Reluctant to Use Mental Health Services?
A Systematic Inventory of Reasons**

Tchaa balakiyeme BoukpeSSI¹

Lonzozou Kpanake²

Jean-Pierre Gagnier¹

¹ Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, Boulevard des Forges, Trois-Rivières (Québec), G8Z 4M3, Canada

Tchaa.Balakiyeme.BoukpeSSI@uqtr.ca

Jean-Pierre.Gagnier@uqtr.ca

² University of Québec - TELUQ, Montréal, Canada, 5800, rue Saint-Denis, Bureau 1105, Montréal (Québec), H2S 3L5, Canada

Lonzozou.Kpanake@teluq.ca

Corresponding author: Tchaa Balakiyéme BoukpeSSI, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, Boulevard des Forges, Trois-Rivières (Québec), G8Z 4M3, Canada

E-mail address: Tchaa.Balakiyeme.BoukpeSSI@uqtr.ca

telephone: +1(514) 699-7176

Abstract

Background: Studies suggest that despite high prevalence of mental health conditions among African immigrants in Western countries, they tend to under use mental health services, compared with native-born people. This study explored the reasons for underuse of conventional mental health services among African immigrants in Canada. **Methods:** The study participants were 280 African immigrants who have experienced depressive symptoms but did not use conventional mental health services. They were presented with a questionnaire that contained 50 assertions referring to reasons for not using conventional mental health services while experiencing psychological distress and indicated their degree of agreement with each of them on a scale of 0-10. The responses were analyzed using factor analysis. **Results:** A eight-factor structure of reasons was found: "Symptoms Underestimation and Perceived self-efficacy", "Relying on community support", "Waiting time and money", "Influence of significant others", "Denying competence", "Fear of stigmatization", "Nature of the consultation" and "Social models". The first two reasons were the most strongly endorsed. **Conclusions:** These findings strongly suggest that strategies to promote utilization of mental health services among African immigrants must be multifaceted rather than focused on one single barrier. When implementing those strategies, policymakers should put relatively more emphasis on increasing mental health literacy among African immigrants' communities, as well as providing them culturally sensitive mental healthcare.

Keywords: Mental health service, Help-seeking behavior, African immigrants, Canada

Background

African immigrants are one of the fastest growing groups of immigrants in North America (Statistics Canada, 2017; Venters et al., 2011). Those immigrants group face challenging postmigration experiences such as systemic racism, unemployment, social isolation, financial difficulties, distress over separation with family members, worrying about family back home, prejudice and discrimination, acculturation stress, language barriers, and adjustment to a new and sometimes unwelcoming environment (Agyei et al., 2014; Boafo-Arthur, 2014; Forte et al., 2018). These stressful experiences may exacerbate existing mental health problems or initiate new mental health concerns (Forte et al., 2018; Schweitzer, Melville, Steel, & Lacherez, 2006; Shoval, Schoen, Vardi, & Zalsman, 2007). Furthermore, immigration is described as a major life stress event that is comprised numerous losses, including family and friend, language, culture, homeland, social status, cultural resources, contact with ethnic group, and cultural self (Carta, Bernal, Hardoy, & Haro-Abad, 2005; Shoval et al., 2007). The chronic and multifaceted nature of the stress experience in immigrants is known as *Ulysses Syndrome* (Carta et al., 2005), which is linked to major mental health problems, including suicidal behavior depression, anxiety, and somatoform symptoms (Carta et al., 2005; Wyatt, Ung, Park, Kwon, & Trinh-Shevrin, 2015).

A growing body of research suggested considerable mental healthcare needs in the African immigrants' communities. A Canadian study found that the prevalence rate of depression in the Ethiopian immigrant's community in Ontario was higher than that rate

estimated for the general population (Fenta, Hyman, & Noh, 2006). In Israel, suicide rates among the Ethiopian immigrants was dramatically higher as compared with the general population (Farbstein et al., 2002; Nachman et al., 2002). Because suicide rates in the Ethiopian population was found to be generally equal to those seen in Israel (Negash et al., 2005), researchers concluded that the increased rates of suicidality among Ethiopian immigrants cannot be attributed to higher levels of mental health problems existing prior to immigration (Shoval et al., 2007). In United Kingdom, inpatients men committing suicide were significantly more likely to be Black African immigrants than White British men (Bhui, Dinos, & Mckenzie, 2012). Another study showed that male immigrants from North Africa had significantly higher suicide risks compared with English-born men (Shah, Lindsay, & Dennis, 2009). A study of mental health needs of African immigrants in Sweden found that 20% of participants met symptom criteria of depression, while 18.5% met criteria indicative of anxiety (Dunlavy, 2010).

In Canada, where the health care system is publicly funded and available to all citizens and residents, several studies have found that non-European immigrants were less likely to use conventional mental health services when experiencing mental health problems, compared with Canadian-born people (Kirmayer, Weinfeld, Burgos, Galbaud du Fort, & Young, 2007; Whitley, Wang, Fleury, Liu, & Caron, 2017). For instance, a recent study showed that African immigrants in Montreal were almost three times less likely to use mental health services in response to emotional problems, mental disorders and addictions, compared with Canadian-born (Whitley et al., 2017). Although Canada's

'Mental Health Strategy' considers improving mental health services for immigrants a priority (Mental Health Commission of Canada, 2012), there is little information on the reasons underlying the lower rate of service utilization among non-European immigrants. The only study that investigated those reasons has focused on immigrants from Caribbean backgrounds (Whitley, Kirmayer, & Groleau, 2006). Using qualitative ethnographic interviews that study identified a wide diversity of given reasons for not consulting mental health services: (a) perceived overwillingness of physicians to rely on pharmaceutical medication as a primary intervention; (b) beliefs that medication could not solve the roots of mental health problems; (c) perceived lack of time of physicians as it did not allow patients to ask questions; (d) difficulty in disclosing one's weak side and discussing personal problems with a stranger; (e) perceived uncaring and hostile attitudes of physicians during previous doctor-patient interactions; (f) beliefs in the curative power of spiritual interventions; and g) preference to receipt of traditional folk medicine.

African immigrants comprised the second largest number of recent immigrants in Canada, ahead of immigrants from Europe (Statistics Canada, 2017), to our knowledge, no study has examined their mental health utilization patterns. Furthermore, as this immigrant group has its own culturally mediated understanding of symptoms and coping strategies and social challenges as well (Knipscheer, De Jong, Kleber, & Lamptey, 2000; Knipscheer & Kleber, 2008; Kpanake, 2018), and because these variables affect help-seeking for mental health problems (Kirmayer et al., 2007; Whitley et al., 2017), the

reasons for not consulting mental health services found in other immigrant groups may not apply, or at least with different weights.

The aim of the present study was to investigate African immigrants' given reasons for not consulting mental health services. Owing to the wide diversity of reasons suggested by previous studies, we chose to use a structural approach, enabling to delineate a possible motivational structure underlying non-use of mental health services and isolate specific kinds of reasons and measure their contributions. This is an important endeavor as previous research strongly suggest that non-use of health service while experiencing needs is product of a complex motivational net, and that the nature and impact of some motives may be totally unexpected (Bagnulo, Muñoz Sastre, Kpanake, Sorum, & Mullet, 2019; Kpanake, Dassa, & Mullet, 2009; Zounon, Hans-Moevi Akué, Quenum, Sorum, & Mullet, 2016). Furthermore, delineating such a motivational structure would help policymakers to target specific kinds of motives for promoting access to mental health services among African immigrants.

Methods

Participants

Participants for this study were recruited in Montreal, one of the most ethnically diverse cities in Canada, a city where one in three inhabitants is an immigrant. They were recruited through community centers that provides multiple services to immigrants, day care services and recreational places in areas of the city with a high density of inhabitants

with African background, African grocery stores and churches. Flyers advertising the study were posted at those places and circulated through African communities' networks as well. They invited for participation African immigrants adults who had, within the past 12 months, did not to consult a conventional healthcare service while experiencing some symptoms (depressed mood, lost of interest, loss of energy, feeling worthless, changes in appetite, diminished ability to think or concentrate, insomnia or hypersomnia, psychomotor retardation, suicidal ideation) in the way suggesting a major depressive episode, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). From April 2018 to October 2019 312 individuals contacted the researchers. After receiving full explanations of the study and its procedures, 280 agreed to participate with ages ranging from 18 to 69 years old. All the participants (165 women and 115 men) spoke French—the official and common language of Quebec—as their first or second language. The participants emigrated from 13 different African countries: Democratic Republic of Congo (N = 45), Cameroon (N = 28), Algeria (N = 36), Côte d'Ivoire (N = 28), Morocco (N = 22), Guinea (N = 21), (Tunisia = 8), Togo (N = 14), Rwanda (N = 23), Tchad (N = 6), Somalia (N = 4), Ethiopia (N = 3), Benin (N = 6), Burkina Faso (N = 12), Congo (N = 3), Senegal (N = 9), Central African Republic (N = 2), and Mali (N = 7), Angola (N = 1).

Material

The material was a 65-item questionnaire that consisted of assertions referring to reasons for not consulting mental health service. The items were devised in multiple ways.

First, a list of items was created by the investigators based on previous studies on the reasons for not consulting health services (Knipscheer et al., 2000; Knipscheer & Kleber, 2008; Kpanake et al., 2009; Whitley et al., 2006). This list was then shown consecutively to two focus groups of eight African immigrants each who, under the direction of first author, reformulated items judged as ambiguous and suggested additional items based on their personal experience and that of their relatives and friends. The last augmented list was then presented to a third focus group composed of eight other African immigrants who found the assertions easy to understand and made no additional suggestions. Forty-eight of the items are shown in Table 3. The common wording of all items—"When I was experiencing those symptoms, one of the reasons why I did not seek care from a formal mental health service was that"--was chosen to reflect the fact that several reasons can be operating at the same time or at different times for the same person (Apter, 2001). An 11-point scale was printed following each sentence. The two extremes of the scales were labeled "*completely false*" (0) and "*completely true*" (10).

Procedure

The research material was completed in a quiet room, usually in the participant's home. The researcher was not present when the participants filled out the questionnaire (in order not to influence their responses). The questionnaire took approximately 30 minutes to complete. Full anonymity was provided to all participants. Ethics approval for the study was obtained from the Institutional Review Board of the University of Québec at Trois-Rivières.

Table 3

Results from the Second Exploratory Factor Analysis

Items	Facteurs							
	FS	DC	PS	SM	CS	CI	PT	AC
Une des raisons pour lesquelles il m'est arrivé de ne pas consulter un professionnel de la santé mentale à un moment où j'en avais besoin...								
... est que je voulais conserver l'estime que les gens ont de moi.	.82	.13	.09	.07	.17	.01	.13	-.02
... est que je craignais de perdre ma valeur aux yeux des autres.	.82	.17	.10	.14	.17	.10	-.02	.06
... est que je risquais de perdre certains amis.	.82	.12	.03	.25	.12	.15	.09	.06
... est que je craignais d'être méprisé par certaines personnes de ma communauté.	.80	.19	.11	.17	.01	.09	.14	.18
... est que cela nuirait à mon statut social.	.80	.24	.15	.22	.01	.14	.09	.17
... est que je voulais garder une bonne image de moi-même aux yeux des autres.	.77	.19	.25	.15	.08	.07	.12	.06
... est que je n'allais plus pouvoir me faire respecter au sein de ma communauté.	.76	.13	.12	.15	.13	.20	.03	.16
... est que je craignais de perdre l'amour de certaines personnes.	.75	.14	.11	.18	.03	.27	.06	.04
... est que cela nuirait au respect que des personnes de ma communauté ont pour moi.	.74	.20	.21	.08	-.05	.22	.09	.24
... est que cela allait nuire à mon image aux yeux des autres.	.72	.21	.14	.16	.04	.10	.11	.02
... est que ce type de professionnel est incompetent.	.05	.73	.12	.14	-.02	.03	.03	.17
... est que je me disais que celui-ci n'allait pas comprendre mon problème.	.24	.69	.19	.01	.16	.12	.15	.12

Table 3 (continued)

Results from the Second Exploratory Factor Analysis

Items	Facteurs							
	FS	DC	PS	SM	CS	CI	PT	AC
Une des raisons pour lesquelles il m'est arrivé de ne pas consulter un professionnel de la santé mentale à un moment où j'en avais besoin...								
... est que je ne faisais pas confiance à ce type de professionnel.	.06	.68	.19	.13	.22	.11	.17	.16
... est que je doutais de la compétence de ce type de professionnel.	.28	.64	.03	.25	.02	.12	.14	.33
... est que j'avais des réserves sur l'efficacité de l'aide qu'il me proposerait.	.20	.63	.12	.04	.22	.11	.02	.01
... est que je doutais que celui-ci puisse me comprendre.	.30	.62	.11	.18	.15	.12	.17	-.02
... est que celui-ci n'aurait pas suffisamment de compassion pour moi.	.10	.61	-.04	.22	.05	-.06	.06	.06
... est que je craignais que celui-ci ait du mal à me comprendre.	.30	.61	.25	.10	.16	.12	-.03	-.23
... est que je doutais que l'aide qu'il me proposerait puisse répondre à mes besoins.	.29	.56	.17	-.04	.35	.11	.08	.16
... est que je ne voulais pas qu'un inconnu s'ingère dans ma vie privée.	.25	.51	.38	-.03	.12	.06	.24	.01
... est que je pensais être capable de me rétablir moi-même sans l'aide d'un professionnel.	.09	-.01	.78	.04	.10	.03	.07	-.00
... est que je voulais m'en sortir tout seul.	.20	.06	.76	-.01	.01	.08	.07	-.02
... est que j'avais jugé que cela n'était pas nécessaire.	.09	.26	.72	-.01	.01	.08	-.07	.25
... est que je voulais me démontrer que j'étais capable de surmonter mes difficultés moi-même.	.28	.07	.64	.04	.20	.13	-.01	.17

Table 3 (continued)

Results from the Second Exploratory Factor Analysis

Items	Facteurs							
	FS	DC	PS	SM	CS	CI	PT	AC
Une des raisons pour lesquelles il m'est arrivé de ne pas consulter un professionnel de la santé mentale à un moment où j'en avais besoin...								
... est que j'avais jugé que cela n'en valait pas la peine	.10	.29	.63	-.04	.14	.07	-.02	.23
... est que je n'avais pas l'habitude de consulter ce type de professionnel.	-.00	.18	.62	-.06	.18	-.13	.17	-.05
... est que cela n'est pas courant dans ma famille.	.22	.12	.57	.14	.32	-.14	.24	.06
... est que mes artistes préférés ne consultent pas ce type de professionnel.	.17	.07	-.03	.82	-.04	.14	.06	.07
... est que les grands acteurs de cinéma ne consultent pas ce type de professionnel.	.12	.16	-.01	.81	-.07	.08	.07	.05
... est que mes sportifs préférés ne consultent pas ce type de professionnel.	.23	.10	-.01	.77	-.01	.08	.12	.03
... est que les grandes célébrités d'aujourd'hui ne consultent pas ce type de professionnel.	.28	.11	-.10	.75	.05	.10	-.02	.01
... est que les héros de films ne consultent pas ce type de professionnel.	.10	.15	.18	.64	-.02	.08	-.10	.02
... est que je voulais faire comme certains hommes d'affaires.	.39	.11	-.03	.56	.02	.38	.17	.21
... est que j'avais pu bénéficier du soutien des membres de ma religion.	.09	.11	.13	-.00	.78	.26	.04	.03
... est que j'avais accès à des ressources spirituelles.	.02	.18	.16	.08	.71	.09	.08	.29
... est que j'avais pu bénéficier du soutien des gens de ma communauté.	.17	.20	.04	-.09	.70	-.07	.10	.08
... est que cela n'est pas courant dans ma culture.	.20	.23	.36	-.04	.60	-.08	.10	.04

Table 3 (continued)

Results from the Second Exploratory Factor Analysis

Items	Facteurs							
	FS	DC	PS	SM	CS	CI	PT	AC
Une des raisons pour lesquelles il m'est arrivé de ne pas consulter un professionnel de la santé mentale à un moment où j'en avais besoin...								
... est que j'avais pu bénéficier du soutien de ma famille.	-.00	.12	.22	-.04	.55	-.21	.22	-.03
... est que j'ignorais l'existence de leur service au Québec.	.18	.05	.08	.15	-.03	.81	.11	.03
... est que je craignais que l'on me rapatrie dans mon pays d'origine.	.38	.15	.04	.23	-.03	.74	.18	.14
... est que j'avais eu de mauvaises expériences auparavant avec ce type de professionnel.	.33	.25	-.01	.17	.06	.73	.11	.09
... est que je voulais faire comme certains leaders politiques.	.35	.13	.01	.45	.09	.56	-.03	-.10
... est que celui-ci ne serait pas de ma culture.	.13	.17	.06	.02	.18	.06	.83	.02
... est que cela entraînerait d'importantes dépenses financières.	.17	.15	.18	.06	.13	.04	.75	.10
... est que l'accès à ces professionnels est difficile dans mon secteur.	.16	.16	.06	.08	.10	.24	.67	.14
... est qu'une personne qui m'est proche m'avait suggéré d'autres soins.	.39	.28	.19	.17	.24	.11	.16	.66
... est que je croyais que la cause de mon problème n'était pas psychologique.	.23	.20	.34	.03	.16	-.02	.06	.64
... est qu'un ami m'avait suggéré des soins alternatifs.	.32	.23	.11	.17	.22	.22	.22	.58

Table 3 (continued)

Results from the Second Exploratory Factor Analysis

Items	Facteurs							
	FS	DC	PS	SM	CS	CI	PT	AC
Une des raisons pour lesquelles il m'est arrivé de ne pas consulter un professionnel de la santé mentale à un moment où j'en avais besoin...								
Variance expliquée	8.01	5.08	4.27	4.10	3.09	2.92	2.33	1.95
Pourcentage de variance expliquée	.17	.11	.09	.09	.06	.06	.05	.04
Alpha de Cronbach	.96	.90	.85	.87	.80	.87	.78	.82
<i>M</i>	2.80	3.76	5.88	1.65	5.34	1.78	4.60	4.14
<i>Écart-type</i>	3.00	2.69	2.54	2.15	2.75	2.27	3.13	3.11
Pourcentage des scores > 5	.23	.32	.61	.08	.56	.10	.45	.34

Data analysis

Means and standard deviations were computed for each item and for the whole sample. An exploratory factor analysis was conducted on the raw data to see whether identifiable groups of items emerged that were statistically correlated (factors). The means and standard deviations of the agreement scores of the combined items of each factor were then computed, and the effects of the demographic characteristics on scores for each factor were assessed through analyses of variance (ANOVA).

Results

Item mean scores ranged from 1.41 to 8.48 (out of 10). A first exploratory analysis that was conducted on the whole set of items showed that 17 of them did not load ($< .30$) on any factor or loaded on more than one factor. These items were removed, and a second exploratory factor analysis was conducted on the 48 remaining items. Using the screen test—a method of determining the number of factors to retain in a factor analysis—we observed eight interpretable factors with Eigen-values ranging from 1.25 to 15.72. They accounted for 67% of the variance. This eight-factor solution was retained and subjected to Varimax rotation—a statistical method that enables to simplify the expression of complex items in order to look for independent factors. For each factor a mean score was computed by averaging the values corresponding to the three to ten items corresponding to this factor. Means, standard deviations, and alpha values for each factor are shown in Table 3.

The first factor explained 17% of the variance. It was labeled “*Fear of stigmatization*” since it loaded positively on items suggesting that not consulting health service was driven by the fear that friends, relatives and community members would adopt a negative attitude toward those suspected of mental illness (e.g., [...] one of the reasons why I did not seek care from a formal health service was that I would have run the risk of being despised by members of my community”). This kind of reason was considered a key determinant (rating higher than 5 out of 10) by 23% of the participants.

The second factor (11% of the variance) was labeled “*Denying competence*” because all items suggested that not consulting is driven by the conviction that healthcare professionals would not understand salient cultural issues or solve the roots of their mental health problems (e.g., [...] one of the reasons why I did not seek care from a formal health service was that these professionals could not solve the roots of my suffering). This kind of reason was considered a major driver by 32% of the participants.

The third factor (9% of the variance) was called “*Personal strength*”. It expressed confidence in one’s personal capacity to cope with the problem (e.g., “is that I thought I would be able to recover my health without external help”). This motive was important for 61% of the sample.

The fourth factor (9% of the variance) was called “*Social models*”. It expressed the view that “very important people” are never seen being consulting mental health

professionals (e.g., “is that my favorite artists never consult mental health caregivers”).

This motive was important for 61% of the sample.

The fifth factor (6% of the variance) was called “*Community support*”. It expressed the view that all necessary help can be obtained from religious people or from members of the family (e.g., “is that I had been able to benefit from members of my religious group’s support”). This motive was important for 56% of the sample.

The sixth factor (6% of the variance) was called “*The consultation in itself*”. It expressed a varieties of issues associated with the fact of consulting (e.g., “is that my previous experience of this type of professional has been negative”). This motive was important for 10% of the sample.

The seventh factor (5% of the variance) was called “*Cost in time and money*”. It expressed concerns with payments and appointments (e.g., “is that consulting would be very expensive”). This motive was important for 45% of the sample.

The eighth factor (4% of the variance) was called “*Alternative care*” (e.g., “is that someone close to me suggested that I consider alternative care”). This motive was important for 34% of the sample.

A series of ANOVAS were conducted with Gender, Age, Religion and Education as the independent variable and each of the eight factors as the dependent variable. The “Alternative care” motive was more strongly expressed among less educated participants ($M = 4.95$, $SD = 3.40$) than among more educated participants ($M = 3.96$, $SD = 3.03$), $F(1, 278) = 4.16$, $p < .05$. The “Social models” motive was more strongly expressed (a) among less educated participants ($M = 2.16$, $SD = 2.58$) than among more educated participants ($M = 1.54$, $SD = 2.03$), $F(1, 278) = 3.81$, $p < .05$. The “Community support” motive was more strongly expressed (a) among Muslims ($M = 6.07$, $SD = 2.74$) than among Christians ($M = 5.20$, $SD = 2.65$), and more strongly expressed among Christians than among atheists, ($M = 2.97$, $SD = 2.88$), $F(2, 270) = 8.18$, $p < .001$. Post hoc analyses using the LSD test showed that the three means were significantly different, $p < .05$.

A series of ANOVAS were also conducted with Countries of origin as the independent variable. Four levels were considered: Guinea-Senegal, Ivory Coast, Togo-Benin and Cameroon. The other countries were not considered because there was too few participants in each case. The “Alternative care” motive was more strongly endorsed by participants from Ivory Coast ($M = 5.74$, $SD = 3.17$) than by participants from Togo-Benin ($M = 3.99$, $SD = 3.29$) or Cameroon ($M = 3.67$, $SD = 2.95$) or Guinea-Senegal ($M = 3.30$, $SD = 2.45$). The “Denying competence” motive was also more strongly endorsed by participants from Ivory Coast ($M = 5.31$, $SD = 2.76$) than by participants from Togo-Benin ($M = 3.76$, $SD = 2.93$) or Cameroon ($M = 3.36$, $SD = 2.25$) or

Guinea-Senegal ($M = 3.05$, $SD = 2.62$). Post hoc analyses using the LSD test showed that in both cases, the first means were significantly different from the three others, $p < .05$.

Discussion

The first objective of this study was to delineate the basic psychological structure of the given reasons by African immigrants for not consulting mental health services. Through factor analysis, we have been able to identify and interpret eight separable motivational factors. This finding is consistent with previous research (Bagnulo et al., 2019; Knipscheer & Kleber, 2008; Kpanake et al., 2009; Zounon et al., 2016) suggesting that while reluctance to use health services is certainly driven by a great number of particular reasons, these reasons relate to one another in a coherent and meaningful way that enables the emergence of a factorial structure. The components of this structure are not redundant: When considering kind of reasons such as "*Symptoms Underestimation and Perceived Self-Efficacy*", "*Cost in Time and Money*", "*Fear of stigmatization*", "*Denying competence*", and "*Alternative care*" we are not looking at the same kinds of reasons under different guises, but are really considering four different, empirically separable kinds of reasons. In other words, there is strong empirical ground for considering that the taxonomy of reasons that is offered here is not redundant.

The other objective was to isolate the specific kinds of reasons underlying non-use of mental health services and measure their contributions. The emergence of a factorial structure enabled measurement of the strength of each kind of reason. As expected, most

respondents (61%) have identified "*Symptoms Underestimation and Perceived Self-Efficacy*" as a strong reason underlying their reluctance to use healthcare services for mental health. This finding suggests that reluctance to use mental health service was partly driven by respondents' perceptions that symptoms they are dealing with are not severe enough to seek professional help and confidence in their own abilities to deal with their depressive symptoms. It seems logical that African immigrants would have little interest in seeking professional help for depressive symptoms if they consider those symptoms as signs weakness rather than a health concern that need professional attention. This finding highlights the need to increase mental health literacy of depression in African immigrants' communities. Mental health literacy is defined as "knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention" (Jorm et al., 1997, p. 182). This approach seems promising based on previous studies showing that mental health literacy increases professional help-seeking behaviors (Jorm, 2012).

As also expected, most respondents (56%) have also identified "*Relying on Community Support*" as another strong reason for not seeking professional help through conventional health service. Respondents' preference for informal help sources—e.g. spiritual leaders, traditional healers, community elders—echoed previous studies' findings among African immigrants in Netherlands (Knipscheer et al., 2000; Knipscheer & Kleber, 2008) and in Australia (Khawaja, White, Schweitzer, & Greenslade, 2008). Such a preference for community resources compared to conventional mental health services has been explained by perceived inability of professional providers to effectively

deliver healthcare that meets the psychological, social and cultural needs of ethnocultural minorities (Whitley et al., 2006). This finding highlights the importance of integrating African cultural understanding of mental illness, systems of values and healing expectations in mental health service for African immigrants.

About half of the respondents (45%) have identified "*Waiting Time and Money*" as a strong reason for not consulting conventional health service. Although the health service in Canada is publicly funded and available to all citizens and residents, waiting time for a first consultation with mental health professionals (e.g. psychiatrist or psychologist) may be take 6-12 months. African immigrants are more likely to be unemployed, in poverty, and less likely than the general population to work in jobs that provide access private health insurance (Venters et al., 2011). While receipt of professional help is shorter in the private sector, those financial barriers might make access to care challenging for African immigrants.

Influence of Significant Others and *Denying competence* played a major role for not consulting for a third of the respondents (34% and 32% respectively). *Influence of Significant Others* encompassed reasons expressing influences from relatives, friends, and spiritual leaders. A study in West Africa of patients' given reasons for not seeking care in conventional healthcare system has also identified the influence of significant others (Kpanake et al., 2009).

The three remaining factors--*Fear of stigmatization* (23%), *Nature of the consultation* (10%), and *Social models* (8%)--played a major role for less than one respondent in four.

The present study has several limitations. First, motives were assessed through self-reports. Participants' responses were, however, clearly structured: if they had consciously decided to misreport their motives, responses would have been given in a more or less random way and, as a result, no clear factor structure could have been found. Second, the sample was recruited in one specific area in Canada. Its results must, therefore, be generalized with care to other African immigrants' communities in the country. Third, the model of reasons has been issued from exploratory factor analyses. It needs to be confirmed on samples of African immigrants from different parts of Canada, using confirmatory factor analysis.

Conclusions

This study sought to identify and assess the reasons underlying reluctance to use mental health service among African immigrants in Canada. Its findings provide insights for development of equitable mental health services. The structural approach helps shed light on the various reasons for not use of the services and appreciate the strength of each of those reasons. The findings strongly suggest that strategies to promote utilization of mental health services among African immigrants must be multifaceted rather than focused on one single barrier. When implementing those strategies, policymakers should,

however, put relatively more emphasis on increasing mental health literacy among African immigrants communities, as well as providing them culturally sensitive mental healthcare.

Références

- Agyei, B., Nicolaou, M., Boateng, L., Dijkshoorn, H., van den Born, B.-J., & Agyemang, C. (2014). Relationship between psychosocial stress and hypertension among Ghanaians in Amsterdam, the Netherlands--the GHAIA study. *BMC Public Health*, 7(14), 692.
- Apter, M. J. (Ed.). (2001). *Motivational styles in everyday life: A guide to Reversal Theory*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bagnulo, A., Muñoz Sastre, M. T., Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2019). Why patients want to take or refuse to take antibiotics: An inventory of motives. *BMC Public Health*, 19, 441.
- Bhui, K. S., Dinos, S., & Mckenzie, K. (2012). Ethnicity and its influence on suicide rates and risk. *Ethnicity & Health*, 17(1-2), 141-148.
- Boafo-Arthur, S. (2014). Acculturative experiences of Black-African international students. *International Journal of the Advisement Counselling*, 36, 115-124.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1, 1-13.
- Dunlavy, A. C. (2010). The impact of acculturation, trauma, and post-migration stressors on the mental health of African immigrants and refugees in Sweden. [Master's Thesis]. United States: University of Pittsburgh. (Unpublished).
- Farbstein, I., Dycian, A., Gothelf, D., King, R. A., Cohen, D. J., Kron, S., & Apter, A. (2002). A follow-up study of adolescent attempted suicide in Israel. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1342-1349.
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 194, 925-934.
- Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., ... Pompilli, M. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of the Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438.
- Jorm, A. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist Journal*, 67(3), 231-243.

- Jorm, A., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Politt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182-186.
- Khawaja, N. G., White, K. M., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and coping strategies of Sudanese refugees: A qualitative approach. *Transcultural Psychiatry*, *(4593)*, 489-512.
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., Galbaud du Fort, L. J.-C., & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(5), 295-304.
- Knipscheer, J. W., De Jong, E. E., Kleber, R. J., & Lampitey, E. (2000). Ghanaian migrants in the Netherlands: General health, acculturative stress and utilization of mental health care. *Journal of Community Psychology*, *28*(4), 459-476.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2008). Help-seeking behavior of West African migrants. *Journal of Community Psychology*, *36*(7), 915-928.
- Kpanake, L. (2018). Cultural concepts of the person and mental health in Africa. *Transcultural Psychiatry*, *55*(2), 198-218.
- Kpanake, L., Dassa, S. K., & Mullet, E. (2009). Why most Togolese people do not seek care for malaria in health care facilities: A theory-driven inventory of reasons. *Psychology, Health & Medicine*, *14*(4), 502-510.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.
- Nachman, R., Yanai, O., Goldin, L., Swartz, M., Barak, Y., & Hiss, J. (2002). Suicide in Israel: 1985-1997. *Journal of Psychiatry & Neurosciences*, *27*(6), 423-428.
- Negash, A., Alem, A., Kebede, D., Deyessa, N., Shibire, T., & Kullgren, G. (2005). Prevalence and clinical characteristics of bipolar I disorder in Butajira, Ethiopia: A community-based study. *Journal of Affective Disorders*, *87*(2-3), 193-201.
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 179-187.

- Shah, A., Lindsay, J., & Dennis, M. (2009). Comparison of elderly suicide rates among migrants in England and Wales with their country of origin. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(3), 292-299.
- Shoval, G., Schoen, G., Vardi, N., & Zalsman, G. (2007). Suicide in Ethiopian immigrants in Israel: A case for study of the genetic-environmental relation in suicide. *Archives of Suicide Research, 11*(3), 247-253.
- Statistics Canada. (2017). *Immigration and ethnocultural diversity: Key results from the 2016 Census*. Released 25 October 2017. [accessed 30 May 2019]. Available: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-info-eng.htm>
- Venters, H., Adekugbe, O., Massaquoi, J., Nadeau, C., Saul, J., & Gany, F. (2011). Mental health concerns among African immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 4*(4), 795-797.
- Whitley, R., Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(40), 205-209.
- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M.-J., Liu, A., & Caron, J. (2017). Mental health status, health care utilization, and service satisfaction among immigrants in Montreal: An epidemiological comparison. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*(8), 570-579.
- Wyatt, L. C., Ung, T., Park, R., Kwon, S. C., & Trinh-Shevrin, C. (2015). Risk factors of suicide and depression among Asian American, Native Hawaiian, and Pacific Islander youth: A systematic literature review. *Journal of Health Care Poor and Underserved, 26*, 191-237.
- Zounon, O., Hans-Moevi Akué, A., Quenum, G. C., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2016). Why people in Benin are reluctant to undergo amputations? A systematic inventory of motives. *Journal of Health Psychology, 21*(11), 2753-2761.

Discussion générale

L'accès et l'utilisation des services formels de santé mentale par les immigrants africains sont une question de santé publique majeure qui revêt une importance capitale étant donné le taux de prévalence élevé des maladies mentales observé dans ce groupe en occident. La présente thèse a examiné d'une la volonté des immigrants africains et blancs nés au Canada de demander des soins pour la dépression auprès des services de santé mentale conventionnels et d'autre part les raisons de la sous-utilisation des services de santé mentale conventionnels chez les immigrants africains au Canada.

Nous nous attendions, d'après des études antérieures (Fenta et al., 2006, 2007; Whitley et al., 2006) à ce que la volonté globale d'utiliser les services de santé mentale soit significativement plus faible chez les immigrants africains que chez les Blancs nés au Canada. Nous nous attendions également à ce que, sur la base des conclusions de Thomson et al. (2015) et de Anderson et al. (2015) pour juger de l'opportunité de demander ou non une aide professionnelle, la plupart des personnes de chacun des deux groupes tiendraient compte facteurs circonstanciels, et que le facteur qui importait le plus serait différent. Enfin, comme des différences individuelles ont été constatées dans les attitudes à l'égard de l'utilisation des services de santé mentale (Evans, Padwa, Li, Lin, & Hser, 2015; Goodwin, Hoven, Lyons, & Stein, 2002), nous nous attendions à trouver au moins trois positions qualitativement différentes sur la volonté d'utiliser les services de santé mentale chez les participants : (1) certains participants seraient disposés à utiliser les services de

santé mentale chaque fois qu'ils en ressentent le besoin; (2) d'autres participants décideraient d'utiliser ou non le service en fonction des circonstances (p. ex., la gravité des symptômes et les temps d'attente); et (3) d'autres encore seraient absolument réticents à utiliser le service, quelles que soient les circonstances. Nous nous attendions à ce que les immigrants africains soient plus susceptibles d'exprimer des attitudes réticentes.

Comme prévu, le niveau de volonté globale de demander des soins aux services de santé mentale pour des symptômes de dépression était significativement plus faible chez les immigrants africains que chez les personnes nées au Canada de race blanche. Ce résultat est cohérent avec celui de Kirmayer et al. (2007), qui laissait entendre que les immigrants vietnamiens et philippins au Canada étaient moins susceptibles que les personnes nées au Canada de recourir aux services de santé mentale. Comme la méthodologie utilisée dans cette étude a permis aux chercheurs de présenter des participants ayant des besoins similaires en santé mentale des deux groupes, ce résultat suggère fortement que la sous-utilisation des services de santé mentale chez les immigrants africains ne peut pas être expliquée par une baisse de besoin.

De plus, comme prévu, chacun des facteurs circonstanciels contenus dans les vignettes a contribué indépendamment à l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants africains. Ils étaient plus disposés à utiliser les services de santé mentale lorsqu'ils percevaient les symptômes graves, que le temps d'attente était court, que les sources d'aide informelles n'étaient pas disponibles et lorsque les soins fournis étaient

basés sur une approche globale, plutôt que lorsque les symptômes étaient perçus comme légers, le temps d'attente était long, des sources d'aide informelles étaient disponibles et les soins fournis étaient axés sur les médicaments. Les facteurs les plus importants dans la décision des immigrants africains d'utiliser (ou de ne pas utiliser) les services étaient la gravité des symptômes et le temps d'attente pour une première consultation. Ces résultats ont été conformes aux observations de Memon et al. (2016) parmi les communautés noires d'Angleterre. La grande importance de la sévérité des symptômes retrouvée dans la présente étude peut s'expliquer, comme le suggèrent des études antérieures, par la stigmatisation associée à la maladie mentale dans les communautés africaines (Chaumba, 2011; Memon et al., 2016; Nadeem et al., 2007). Autrement dit, l'utilisation des services de santé mentale est perçue comme honteuse; à ce titre, les personnes atteintes de maladie mentale pourraient ne vouloir consulter des professionnels que lorsque les symptômes sont très graves. De plus, comme les symptômes dépressifs sévères sont de nature somatique, les individus peuvent facilement les percevoir comme d'origine somatique plutôt que psychiatrique, et donc être plus disposés à consulter. Le rôle important des temps d'attente dans la décision des participants de consulter peut s'expliquer par la perception que les longs délais d'attente pour les services pourraient avoir un impact négatif sur le résultat en permettant aux symptômes dépressifs de s'aggraver. Les longs délais d'attente perçus pour les services formels peuvent être particulièrement frustrants pour de nombreux immigrants africains dans des contextes où les guérisseurs traditionnels africains et les guérisseurs religieux - dont l'approche des soins est plus facilement

comprise et acceptée par de nombreux immigrants africains - sont disponibles et facilement accessibles (Fenta et al., 2006, 2007; Kpanake, 2018).

Enfin, également comme prévu, nous avons trouvé des positions qualitativement différentes sur la volonté d'utiliser les services de santé mentale, ce qui concorde avec les études précédentes suggérant des différences individuelles dans le comportement de recherche d'aide (Evans et al., 2015; Goodwin et al., 2002). Un groupe (22 %) de participants - dont 4 sur 5 étaient des immigrants africains - n'étaient pas disposés à se faire soigner dans les services de santé mentale formels, même lorsque les symptômes étaient graves, les délais d'attente étaient courts, les sources d'aide informelles n'étaient pas disponibles et les soins fournis reposaient sur une approche globale. Un autre groupe (21 %) de participants - dont seulement 1 sur 7 étaient des immigrants africains - étaient, contrairement au groupe précédent, toujours disposés à utiliser les services de santé mentale chaque fois qu'ils en ressentaient le besoin. Un troisième groupe de participants (40 %) a fondé sa décision d'utiliser (ou de ne pas utiliser) les services sur les circonstances, que ce soit principalement sur la gravité des symptômes (21 %), sur les temps d'attente (8 %) ou sur une combinaison de gravité des symptômes et les temps d'attente (8 %). Ces positions nuancées étaient presque exclusives au groupe, seuls les immigrants africains faisant partie des groupes Temps d'attente et gravité des symptômes et temps d'attente, tandis que l'écrasante majorité (86 %) des membres du groupe Gravité des symptômes était des personnes de race blanche nées au Canada. La réticence à utiliser les services de santé mentale formels constatée parmi le groupe d'immigrants africains fait

écho aux conclusions de (Fenta et al., 2007), qui a indiqué que les immigrants éthiopiens au Canada étaient plus susceptibles de consulter des guérisseurs traditionnels que des professionnels de la santé pour des problèmes de santé mentale. Cette attitude peut s'expliquer par une compréhension de la maladie mentale dans des contextes culturels africains qui diffère de celle du modèle traditionnel (Fenta et al., 2006; Kpanake, 2018; Nyagua & Harris, 2008), ainsi que par la stigmatisation (Kirmayer et al., 2007; Memon et al., 2016).

En outre, grâce à l'analyse factorielle, nous avons pu identifier et interpréter huit facteurs de motivation séparables. Cette constatation est cohérente avec des recherches antérieures (Bagnulo et al., 2019; Knipscheer & Kleber, 2008; Kpanake et al., 2009; Zounon et al., 2016) suggérant que si la réticence à utiliser les services de santé est certainement motivée par un grand nombre de raisons particulières, ces raisons sont liées les unes aux autres d'une manière cohérente et significative qui permet l'émergence d'une structure factorielle. Les composants de cette structure ne sont pas redondants: lorsque l'on considère des raisons telles que « sous-estimation des symptômes et autoefficacité perçue », « coût en temps et en argent », « peur de la stigmatisation », « refus de compétence » et « soins alternatifs » nous n'examinons pas les mêmes types de raisons sous des formes différentes, mais nous considérons en réalité quatre types de raisons différentes, empiriquement séparables. En d'autres termes, il existe de solides raisons empiriques pour considérer que la taxonomie des raisons qui est proposée ici n'est pas redondante.

L'émergence d'une structure factorielle a permis de mesurer la force de chaque type de raison. Comme prévu, la plupart des répondants (61 %) ont identifié la « sous-estimation des symptômes et la perception de l'autoefficacité » comme une raison importante expliquant leur réticence à utiliser les services de santé pour la santé mentale. Cette constatation suggère que la réticence à utiliser les services de santé mentale était en partie motivée par la perception des répondants selon laquelle les symptômes auxquels ils sont confrontés ne sont pas assez graves pour demander de l'aide professionnelle et la confiance en leurs propres capacités à faire face à leurs symptômes dépressifs. Il semble logique que les immigrants africains aient peu d'intérêt à demander une aide professionnelle pour les symptômes dépressifs s'ils considèrent ces symptômes comme des signes de faiblesse plutôt que comme un problème de santé qui nécessite une attention professionnelle. Cette découverte met en évidence la nécessité d'accroître les connaissances en santé mentale liées à la dépression dans les communautés d'immigrants africains. La littératie en santé mentale est définie comme « des connaissances et des croyances sur les troubles mentaux qui facilitent leur reconnaissance, leur prise en charge ou leur prévention » (Jorm et al., 1997, p. 182). Cette approche semble prometteuse d'après des études antérieures montrant que la littératie en santé mentale augmente les comportements de recherche d'aide auprès des professionnels (Jorm, 2012). Comme on s'y attendait également, la plupart des répondants (56 %) ont également identifié le fait de « compter sur le soutien communautaire » comme une autre raison importante pour ne pas demander l'aide d'un professionnel par le biais des services de santé conventionnels. La préférence des répondants pour les sources d'aide informelles – par exemple, chefs

spirituels, guérisseurs traditionnels, anciens de la communauté - ont fait écho aux conclusions d'études précédentes chez les immigrants africains aux Pays-Bas (Knipscheer et al., 2000; Knipscheer & Kleber, 2008) et en Australie (Khawaja, White, Schweitzer, & Greenslade, 2008). Une telle préférence pour les ressources communautaires par rapport aux services de santé mentale conventionnels a été expliquée par l'incapacité perçue des prestataires professionnels à fournir efficacement des soins de santé qui répondent aux besoins psychologiques, sociaux et culturels des minorités ethnoculturelles (Knipscheer et al., 2000). Cette découverte souligne l'importance d'intégrer la compréhension culturelle africaine de la maladie mentale, les systèmes de valeurs et les attentes de guérison dans les services de santé mentale pour les immigrants africains.

Environ la moitié des répondants (45 %) ont identifié « le temps d'attente et l'argent » comme une bonne raison pour ne pas consulter les services de santé conventionnels. Bien que le service de santé au Canada soit financé par l'État et accessible à tous les citoyens et les résidents, le temps d'attente pour une première consultation avec des professionnels de la santé mentale (p. ex., psychiatre ou psychologue) peut prendre de 6 à 12 mois. Les immigrants africains sont plus susceptibles d'être au chômage, dans la pauvreté et moins susceptibles que la population générale d'occuper des emplois qui donnent accès à une assurance maladie privée (Khawaja et al., 2008). Bien que la réception d'une aide professionnelle soit plus courte dans le secteur privé, ces barrières financières pourraient rendre l'accès aux soins difficile pour les immigrants africains.

L'influence des proches significatifs et le refus de compétence ont joué un rôle majeur dans le fait de ne pas consulter pour un tiers des répondants (respectivement 34 % et 32 %). L'influence des proches significatifs comprenait des raisons exprimant les influences de parents, d'amis et de chefs spirituels. Une étude en Afrique de l'Ouest sur les raisons données par les patients pour ne pas solliciter de soins dans le système de santé conventionnel a également identifié l'influence d'autres personnes importantes (Kpanake et al., 2009). Les trois facteurs restants - la peur de la stigmatisation (23 %), la nature de la consultation (10 %) et les modèles sociaux (8 %) - ont joué un rôle majeur pour moins d'un répondant sur quatre.

Implications de la thèse

Cette étude est la première à fournir des résultats d'une comparaison directe entre les immigrants africains au Canada et les personnes blanches nées au Canada en ce qui concerne leur volonté d'utiliser les services de santé mentale. Les différences et les similitudes trouvées génèrent des hypothèses et fournissent des informations sur la conception et la mise en œuvre d'interventions adaptées qui pourraient accroître l'utilisation des services de santé mentale parmi les immigrants africains. La diversité des attitudes constatées suggère fortement que ces interventions ne doivent pas être « à taille unique » mais doivent être adaptées dans leur conception et leur mise en œuvre pour répondre aux différences d'attitudes et de besoins des patients.

Cette étude a permis de comprendre que la réticence à utiliser les services de santé mentale est motivée par un grand nombre de raisons particulières et que ces raisons sont liées les unes aux autres d'une manière cohérente et significative qui permet l'émergence d'une structure factorielle. L'émergence d'une structure factorielle a permis de mesurer la force de chaque type de raison. Il s'agit d'un effort important, car des recherches antérieures suggèrent fortement que la non-utilisation des services de santé tout en éprouvant des besoins est le produit d'un réseau de motivation complexe, et que la nature et l'impact de certains motifs peuvent être totalement inattendus (Bagnulo et al., 2019; Kpanake et al., 2009; Zounon et al., 2016). En outre, définir une telle structure de motivation aiderait les décideurs à cibler des types spécifiques de motifs pour promouvoir l'accès aux services de santé mentale parmi les immigrants africains.

Limites des études

Les études réalisées ont des limites. La première étude a utilisé un échantillon de commodité de taille modérée seulement. Toute généralisation des résultats doit donc être faite avec prudence. Elle a utilisé également des vignettes, pas de vrais patients souffrant de dépression. L'utilisation de vignettes, cependant, est utile en ce qu'elle permet des analyses statistiques pour révéler comment les gens pèsent et combinent des facteurs séparés. En plus, les chercheurs n'ont pas posé de questions supplémentaires aux répondants pour élucider les raisons qui sous-tendent leurs positions. De futures études de suivi utilisant des méthodes qualitatives sont nécessaires pour comprendre le raisonnement des répondants.

En ce qui concerne la deuxième étude, elle comporte aussi plusieurs limites. Premièrement, les motifs ont été évalués au moyen d'auto-rapports. Les réponses des participants étaient cependant clairement structurées: s'ils avaient délibérément décidé de dénaturer leurs motivations, les réponses auraient été données de manière plus ou moins aléatoire et, par conséquent, aucune structure factorielle claire n'aurait pu être trouvée. Deuxièmement, l'échantillon a été recruté dans une région spécifique au Canada. Ses résultats doivent donc être généralisés avec soin aux autres communautés d'immigrants africains du pays. Troisièmement, le modèle des raisons est issu d'analyses factorielles exploratoires. Il doit être confirmé sur des échantillons d'immigrants africains provenant de différentes régions du Canada, à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire.

Conclusion générale

La présente thèse permet de mieux comprendre le comportement de recherche d'aide des immigrants africains résidant au Québec auprès de services formels de santé mentale pour un problème émotionnel. Elle permet aussi d'identifier les raisons spécifiques sous-jacentes à leur réticence à utiliser ces services ainsi que les structures motivationnelles qui sous-tendent ces raisons. Premièrement, la thèse compare la volonté d'utiliser les services de santé mentale entre les immigrants africains au Canada et les non-immigrants et fait ressortir le rôle des facteurs circonstanciels dans la prise de décision de consulter ou non les services formels de santé mentale par les immigrants africains. Les résultats relèvent une diversité des positions qui suggère fortement que la conception et la mise en œuvre d'interventions visant à réduire les disparités dans l'utilisation des soins de santé mentale par les immigrants africains ne doit pas être « unique » mais doit être adaptée pour répondre aux différences d'attitudes et de besoins de ces immigrants. Deuxièmement, la thèse identifie et évalue les raisons sous-jacentes à la réticence à utiliser les services de santé mentale chez les immigrants africains au Canada. Les résultats fournissent des perspectives pour le développement de services de santé mentale équitables. L'approche structurelle permet d'éclairer les différentes raisons de non-recours aux services et d'apprécier la force de chacune de ces raisons. Les résultats suggèrent fortement que les stratégies visant à promouvoir l'utilisation des services de santé mentale parmi les immigrants africains doivent être multiformes plutôt que centrées sur un seul obstacle. Lors de la mise en œuvre de ces stratégies, les décideurs devraient, cependant, mettre

mettre davantage l'accent sur l'augmentation des connaissances en santé mentale parmi les communautés d'immigrants africains, ainsi que sur leur fourniture de soins de santé mentale culturellement sensibles.

Références générales

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-maladies-mentales-canada-2015.html>. Consulté en ligne le 22/02/2017
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Promotion de la santé* [en ligne]. Repéré le 30 novembre 2016 de www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php
- Aglipay, M., Colman, I., & Chen, Y. (2013). Does the healthy immigrant effect extend to anxiety disorders? Evidence from a nationally representative study. *Journal of Immigrant and Minority Health, 15*(5), 851-857.
- Ali, J. (2002). La santé mentale des immigrants au Canada. *Rapports sur la santé, 13*(Suppl.), 1-13. Ottawa, ON : Statistique Canada.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The milbank memorial fund quarterly. *Health and Society, 51*, 95-124.
- Anderson, K. K., Archie, S., Ferrari, M., Flora, N., Kidd, S., Kirmayer, L. J., ... McKenzie, K. (2015). Pathways to first-episode care for psychosis in African-, Caribbean-, and European-origin groups in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry, 60*(5), 223-231.
- Anderson, K. K., Flora, N., Archie, S., Morgan, C., & McKenzie, K. (2014). A meta-analysis of ethnic differences in pathways to care at the first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 130*, 257-268.
- Anderson, N. H. (1981). *Foundations of information integration theory*. New York, NY: Academic Press.
- Anderson, N. H. (1982). *Methods in information integration*. New York, NY: Academic Press.

- Anderson, N. H. (1996). *A functional theory of cognition*. New York, NY: Psychology Press.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G., (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 417-425.
- Apter, M. J. (2001). *Motivational styles in everyday life: A guide to reversal theory*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Apter, M. J. (2007). *Reversal theory: The dynamics of motivation, emotion and personality*. Oxford, UK: Oneworld Publications.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2010). *Signification de la santé mentale* [en ligne]. Repéré le 3 novembre 2016 de www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=2-267-1319
- Bagnulo, A., Muñoz Sastre, M. T. M., Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2019). Why patients want to take or refuse to take antibiotics: An inventory of motives. *BMC Public Health*, *19*(1). Article 441.
- Battaglini, A., Chomienne, M.-H., Plouffe, L., Torres, S., & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada : état des connaissances, interventions et enjeux. *Global Health Promotion*, *21*(1_suppl), 40-45. doi: 10.1177/1757975913512159
- Beiser, M., & Edwards R. G. (1994). Mental health of immigrants and refugees. *New Directions for Mental Health Services*, *61*, 73-86.
- Beiser, M., & Hyman, I. (1997). Southeast Asian refugees in Canada. Dans I. Al-Issa & M. Tousignant (Éds), *Ethnicity, immigration and psychopathology* (pp. 277-289). New York, NY: Plenum Publishing.
- Bergeron, P., Auger, N., & Hamel, D. (2009). Poids, santé générale et santé mentale : la situation de divers sous-groupes d'immigrants au Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, *100*, 215-220.
- Bhugra, D., & Gupta, S. (2011). *Migration and mental health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bhui, K. S., Dinos, S., & Mckenzie, K. (2012). Ethnicity and its influence on suicide rates and risk. *Ethnicity & Health*, *17*(1-2), 141-148.

- Boukpepsi, T. B., Kpanake, L., & Gagnier, J. P. (2020). Willingness to use mental health services for depression among African immigrants and White Canadian-born people in the Province of Quebec, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health, 23*, 320-328.
- Burgos, G., Du Fort, G. G., Kirmayer, L. J., Lasry, J. C., Weinfeld, M., & 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.
- Caron, J., & Liu, A. (2010). A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Diseases in Canada, 30*(3), 84-94.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 1*. Article 13.
- Chaumba, J. (2011). Health status, use of health care resources, and treatment strategies of Ethiopian and Nigerian immigrants in the United States. *Social Work in Health Care, 50*(6), 466-481.
- Chaze, F., George, U., Thomson, M. S., & Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: A review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(6), 1895-1905.
- Chen, A. W., Kazanjian, A., & Wong, H. (2009). Why do Chinese Canadians not consult mental health services: Health status, language or culture? *Transcultural Psychiatry, 46*(4), 623-641.
- Chen, A. W., Kazanjian, A., Wong, H., & Goldner, E. M. (2010). Mental health service use by Chinese immigrants with severe and persistent mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 55*(1), 35-42.
- Chiu, S., Redelmeier, D. A., Tolomiczenko, G., Kiss, A., & Hwang, S. W. (2009). The health of homeless immigrants. *Journal of Epidemiology and Community Health, 63*(11), 943-948. doi: 10.1136/jech.2009.088468
- Citoyenneté et Immigration Canada. (2012). *Faits et chiffres 2012 : Aperçu de l'immigration — Résidents permanents et temporaires* [en ligne]. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/cic/Ci1-8-2012-fra.pdf
- Citoyenneté et Immigration Canada. (2014). *Faits et chiffres 2013 : Aperçu de l'immigration — Résidents permanents et temporaires* [en ligne]. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/cic/Ci1-8-9-2013-fra.pdf

- Cleveland, J., & Rousseau, C. (2013). Psychiatric symptoms associated with brief detention of adult asylum seekers in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*(7), 409-416.
- Cloutier, P., Glennie, J. E., Kennedy, A., & Gray, C. (2009). Establishing best practice in pediatric emergency mental health: A prospective study examining clinical characteristics. *Pediatric Emergency Care, 25*(6), 380-386.
- Commission de la santé mentale du Canada (2016a). *Appuyer la santé mentale des réfugiés au Canada* [en ligne]. Repéré le 20 juin 2017 de <https://cdp-hrc.uottawa.ca/sites/cdp-hrc.uottawa.ca/files/2016-santementaledesrefugies.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016b). *Arguments en faveur de la diversité. Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés* [en ligne]. Repéré le 3 décembre 2016 de http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-10/case_for_diversity_oct_2016_fr.pdf
- Cook, B., Alegria, M., Lin, J. Y., & Guo, J. (2009). Pathways and correlates connecting Latinos' mental health with exposure to the United States.(RESEARCH AND PRACTICE) (Author abstract) (Report). *The American Journal of Public Health, 99*(12), 2247-2254.
- Crocker, R. (2015). Emotional testimonies: An ethnographic study of emotional suffering related to migration from Mexico to Arizona. *Frontiers in Public Health, 3*. Article 177. doi: 10.3389/fpubh.2015.00177
- De Maio, F. (2010). Immigration as pathogenic: A systematic review of the health of immigrants to Canada. *International Journal of Equity in Health, 9*. Article 27. doi: 10.1186/1475-9276-9-27
- Derr, A. S. (2014). *Social support and mental health service utilization among immigrants in the United States*. (3641518 Ph.D.). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (1622953330). Washington, DC: Auteur.
- Donnelly, T., Hwang, J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & 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*, 279-290.
- Dunlavy A. C. (2010). *The impact of acculturation, trauma, and post-migration stressors on the mental health of African immigrants and refugees in Sweden*. (Thèse de doctorat inédite). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text.

- Durbin, A., Lin, E., Moineddin, R., Steele, L. S., & Glazer, R. H. (2014). Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and be refugees in Ontario, Canada. *Open Medicine*, 8(4), e136-e146.
- Evans, E., Padwa, H., Li, L., Lin, V., & Hser, Y. I. (2015). Heterogeneity of mental health service utilization and high mental health service use among women eight years after initiating substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 10-19.
- Farbstein, I., Dycian, A., Gothelf, D., King, R. A., Cohen, D. J., Kron, S., & Apter, A. (2002). A follow-up study of adolescent attempted suicide in Israel. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1342-1349.
- Fassaert, T., de Wit, M. A. S., Tuinebreijer, W. C., Verhoeff, A. P., Beekman, A. T. F., & Dekker, J. (2009). Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3), 208-216. doi: 10.1007/s00127-008-0418-x
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2004). Determinants of depression among Ethiopian Immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 363-372.
- Fenta, H., Hyman, I., & 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.
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2007). Health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(4), 349-357.
- Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: Some applications. *Nebraska Symposium on Motivation*, 27, 65-116.
- Fleury, M. J., & Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux* [en ligne]. Repéré le 27 avril 2017 de https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Fleury, M. J., Liu, A., Wang, J., Whitley, R., & Caron, J. (2017). Mental health status, health care utilisation, and service satisfaction among immigrants in Montreal: An epidemiological comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(8), 570-579.

- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Alegria, M. (2008). Political violence, psychosocial trauma, and the context of mental health services use among immigrant Latinos in the United States. *Ethnicity & Health, 13*(5), 435-463. doi: 10.1080/13557850701837286
- Gadalla, T. M. (2010). Ethnicity and seeking treatment for depression: A Canadian national study. *Canadian Ethnic Studies, 41-42*(3-1), 233-245.
- Goater, N., King, M., Cole, E., Leavey, G., Johnson-Sabine, E., Blizard, R., & Hoar, A. (1999). Ethnicity and outcome of psychosis. *British of Journal of Psychiatry, 175*, 34-42.
- Goldsmith, H. F., Jackson, D. J., & Hough, R. (1988). Process model of seeking mental health services: Proposed framework for organizing the literature on help-seeking. Dans H. F. Goldsmith, E. Lin, & R. A. Bell (Éds), *Needs assessment: Its future* (DHHS Publication No. ADM 88-1550, pp. 49-64). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Goodwin, R. D., Hoven, C. W., Lyons, J. S., & Stein, M. B. (2002). Mental health service utilization in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(12), 561-566.
- Gushulak, B. D., Pottie, K., Roberts, J. H., Torres, S., & DesMeules, M. (2011). Migration and health in Canada: Health in the global village: Canadian Guidelines for Immigrant Health. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 183*(12), E952-E958.
- Hamid, A., & Furnham, A. (2013). Factors affecting attitude towards seeking professional help for mental illness: A UK Arab perspective. *Mental Health, Religion & Culture, 16*(7), 741-758.
- Hardy, C., Kelly, K. D., & Voaklander, D. (2011). Does rural residence limit access to mental health services? *Rural and Remote Health, 11*(4). Article 1766.
- Harrison, G., Glazebrook, C., Brewin, J., Cantwell, R., Dalkin, T., Fox, R., ... Medley, I. (1997). Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. *Psychological Medicine, 27*(4), 799-806.
- Heckert, C. (2012). Latina immigrants in rural western Pennsylvania and use of mental health resources when coping with depression: implications for practice. *International Journal of Culture and Mental Health, 5*(3), 182-189. doi: 10.1080/17542863.2011.579713

- Hicks, M., Hamzaee, R., Lerman, H., & Gorovoy, S. (2013). *Attitudes of Iranian immigrants in the United States toward seeking mental health services*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Horwitz, A. V., & Scheid, T. L. (1999). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hyman I. (2007, mars). *Immigration and health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*. CERIS Working Paper, document de travail no 55. Toronto, ON: Joint Centre of Excellence for Research in Immigration and Settlement.
- Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2017). *Comment obtenir les soins* [en ligne]. Repéré le 16 juillet 2017 de <http://www.institutsmq.qc.ca/soins-et-services/comment-obtenir-des-soins/index.html>
- Islam, F., Khanlou, N., & Tamim, H. (2014). South Asian populations in Canada: Migration and mental health. *BMC Psychiatry, 14*. Article 154.
- Ismayilova, L., Lee, H., Shaw, S., El-Bassel, N., Gilbert, L., Terlikbayeva, A., & Rozental, Y. (2014). Mental health and migration: Depression, alcohol abuse, and access to health care among migrants in central Asia. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(6), 1138-1148. doi: 10.1007/s10903-013-9942-1
- Jenkins, J., & Kumar, A. (2015). *Trajectories of emotional problems in an ethnically diverse sample of immigrants*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist, 67*(3), 231-243.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182-186.
- Kennedy, A., Cloutier, P., Glennie, J. E., & Gray, C. (2009). Establishing best practice in pediatric emergency mental health: A prospective study examining clinical characteristics. *Pediatric Emergency Care, 25*(6), 380-386.
- Khawaja, N. G., White, K. M., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and coping strategies of Sudanese refugees: A qualitative approach. *Transcultural Psychiatry, 45*(3), 489-512.

- Kim, G., Jang, Y., Chiriboga, D. A., Ma, G. X., & Schonfeld, L. (2010). Factors associated with mental health service use in Latino and Asian immigrant elders. *Aging & Mental Health, 14*(5), 535-542. doi: 10.1080/13607860903311758
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 183*(12), E959-E967.
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., Du Fort, G. G., Lasry, J. C., & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(5), 295-304.
- Knipscheer, J. W., De Jong, E. E., Kleber, R. J., & Lamptey, E. (2000). Ghanaian migrants in the Netherlands: General health, acculturative stress and utilization of mental health care. *Journal of Community Psychology, 28*(4), 459-476.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2008). Help-seeking behavior of West African migrants. *Journal of Community Psychology, 36*(7), 915-928.
- Kpanake, L. (2018). Cultural concepts of the person and mental health in Africa. *Transcultural Psychiatry, 55*(2), 198-218.
- Kpanake, L., Dassa, S. K., & Mullet, E. (2009). Why most Togolese people do not seek care for malaria in health care facilities: A theory-driven inventory of reasons. *Psychology, Health & Medicine, 14*(4), 502-510.
- Lou, Y., & Beaujot, R. (2005). What happens to the 'Healthy immigrant effect': The mental health of immigrants to Canada. *PSC Discussion Papers Series, 19*(15). Article 1.
- MacKenzie, P., & Hansson, E. (2013). *Barriers to mental health care for racialized newcomers in Canada*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Malenfant, E. C. (2004). Suicide in Canada's immigrant population. *Health Reports, 15*(2), 9-17.
- Maximova, K., & Krahn, H. (2010). Health status of refugees settled in Alberta: Changes since arrival. *Revue canadienne de santé publique, 101*(4), 322-326.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine, 59*(8), 1613-1627.

- McKenzie, K., Hansson, E., Tuck, A., Lam, J., & Jackson, F. (2009). *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : enjeux et options pour l'amélioration des services*. Calgary, AB: Commission de la santé mentale du Canada.
- Memon, A., Taylor, K., Mohebati, L. M., Sundin, J., Cooper, M., Scanlon, T., & de Visser, R. (2016). Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: A qualitative study in Southeast England. *BMJ Open*, 6(11). Article e012337.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (MSSS, 2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, QC : Gouvernement du Québec, 96 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (MSSS, 2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS – La force des liens*, Québec, QC : Gouvernement du Québec, 54 p.
- Nachman, R., Yanai, O., Goldin, L., Swartz, M., Barak, Y., & Hiss, J. (2002). Suicide in Israel: 1985-1997. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 27(6), 423-428.
- Nadeem, E., Lange, J. M., Edge, D., Fongwa, M., Belin, T., & Miranda, J. (2007). Does stigma keep poor young immigrant and US-born black and Latina women from seeking mental health care? *Psychiatric Services*, 58(12), 1547-1554.
- Negash, A., Alem, A., Kebede, D., Deyessa, N., Shibre, T., & Kullgren, G. (2005). Prevalence and clinical characteristics of bipolar I disorder in Butajira, Ethiopia: A community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 193-201.
- Newbold, K. B. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: Risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1359-1370.
- Ng, E., & Omariba, W. (2010). Is there a healthy immigrant effect in mental health? Evidences from population-based health surveys in Canada. Dans Agence du Canada (Éd.), *Canadian Issues – Immigrant mental health* (pp. 23-28). Ottawa, ON: Agence du Canada.
- Noh, S., & Avison, W. (1996). Asian immigrants and the stress process: A study of Koreans in Canada. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(2), 192-206.

- Noh, S., Beiser, M., Kaspar, V., Hou, F., & Rummens, J. (1999). Perceived racial discrimination, depression and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 193-207.
- Noh, S., Kaspar, V., & Wickrama, K. A. S. (2007). Overt and subtle racial discrimination and mental health: Preliminary findings for Korean immigrants. *The American Journal of Public Health*, 97(7), 1269-1274.
- Nyagua, J., & Harris, A. (2008). West African refugee health in rural Australia: Complex cultural factors that influence mental health. *Rural and Remote Health*, 8(1). Article 884.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, (2004). *Investir dans la santé mentale* [en ligne]. Repéré à http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2007), *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale* [en ligne]. Repéré le 12 octobre 2016 de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2019). *Troubles mentaux* [en ligne]. Repéré le 2 août 2020 de <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Ouimet, M.-J., Munoz, M., Narasiah, L., Rambure, V., & Correa, J. A. (2008). Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal : prévalence et facteurs de risque associés. *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique*, 99(6), 499-504.
- Patterson, B., Kyu, H. H., & Georgiades, K. (2012). Age at immigration to Canada and the occurrence of mood, anxiety, and substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 210-217.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1096-1138.
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. (2010). Understanding the context and dynamic social processes of mental health treatment. Dans T. L. Scheid & T. N. Brown (Éds), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 420-438). New York, NY: Cambridge University Press.
- Pilkington, A., Msetfi, R. M., & Watson, R. (2012). Factors affecting intention to access psychological services amongst British Muslims of South Asian origin. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(1), 1-22.

- Pumariega, A. J., Rothe E., & Pumariega J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal, 41*(5), 581-597.
- Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2009). Primary mental health care information and services for St. John's visible minority immigrants: Gaps and opportunities. *Issues in Mental Health Nursing, 30*, 615-623.
- Robert, A., & Gilkinson, T. (2012). *Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada* [en ligne]. Repéré le 6 décembre 2016 de www.cic.gc.ca/francais/pdf/recherche-stats/santé-mentale.pdf
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health service. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 83*, 1-32.
- Santé Canada. (2008). *Santé mentale - Gestion du stress* [en ligne]. Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.pdf
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., Kurdyak, P., & Levitt, A. (2009). Differences in prevalence and treatment of bipolar disorder among immigrants: Results from an epidemiologic survey. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(11), 734-742.
- Selkirk, M., Quayle, E., & Rothwell, N. (2014). A systematic review of factors affecting migrant attitudes towards seeking psychological help. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 25*(1), 94-127.
- Sethi, M. S. (2013). Newcomers' health in Brantford and the Counties of Brant, Haldimand, and Norfolk: Perspectives of newcomers and service providers. *Journal of Immigrant and Minority Health, 15*, 925-931.
- Shah A., Lindsay J., & Dennis M. (2009). Comparison of elderly suicide rates among migrants in England and Wales with their country of origin. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(3), 292-299.
- Shanley, D. C., Reid, G. J., & Evans, B. (2008). How parents seek help for children with mental health problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 35*(3), 135-146.
- Shoval, G., Schoen, G., Vardi, N., & Zalsman, G. (2007). Suicide in Ethiopian immigrants in Israel: A case for study of the genetic-environmental relation in suicide. *Archives of Suicide Research, 11*(3), 247-253.

- Stafford, M., Newbold, B. K., & Ross, N. A. (2011). Psychological distress among immigrants and visible minorities in Canada: A contextual analysis. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(4), 428-441.
- Statistics Canada. (2017). Immigration and ethnocultural diversity: Key results from the 2016 census. Repéré le 30 mai 2019 de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-info-eng.htm>
- Statistique Canada. (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 (ESCC-2002 – Santé mentale et bien-être)* [en ligne]. Repéré le 14 janvier 2018 de <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/82-617-X/82-617-XIF.html>
- Statistique Canada. (2013a). *Enquête nationale auprès des ménages, 2011, tableaux de données*. Catalogue no 99-010-X2011026 [en ligne]. Repéré à www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/index-fra.cfm
- Statistique Canada. (2013b). *Enquête nationale auprès des ménages : immigration et diversité ethnoculturelle*. Catalogue no 99-010-X2011001 [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/99-010-X>
- Tempier, R., Vasiliadis, H. M., Gilbert, F., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., & Kovass-Masféty, V. (2010). Comparing mental health of Francophones in Canada, France, and Belgium: 12 month and lifetime rates of mental health service use (Part 2). *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(5), 295-304.
- Thomson, M., Chaze, F., George, U., & Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: A review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(6), 1895-1905. doi: 10.1007/s10903-015-0175-3
- Tieu, Y., & Konnert, C. A. (2014). Mental health help-seeking attitudes, utilization, and intentions among older Chinese immigrants in Canada. *Aging & Mental Health, 18*(2), 140-147. doi: 10.1080/13607863.2013.814104
- Tran, T. V., Manalo, V., & Nguyen, V. T. D. (2007). Nonlinear relationship between length of residence and depression in a community-based sample of Vietnamese Americans.(Author abstract). *The International Journal of Social Psychiatry, 53*(1), 85-94.
- Velden, P. G., Yzermans, C. J., Kleber, R. J., & Gersons, B. P. R. (2007). Correlates of mental health services utilization 18 months and almost 4 years post disaster among adults with mental health problems. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1029-1039.

- Whitley, R., Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*(4), 205-209.
- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M. J., Liu, A., & Caron, J. (2017). Mental health status, health care utilisation, and service satisfaction among immigrants in Montreal: An epidemiological comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry, 62*(8), 570-579.
- Wood, J., & Newbold, K. B. (2012). Provider perspectives on barrier and strategies for achieving culturally sensitive mental health services for immigrants: A Hamilton, Ontario case study. *International Migration & Integration, 13*, 383-397.
- Wu, Z., & Schimmele, C. M. (2005). The healthy migrant effect on depression: Variation over time?. *Canadian Studies in Population, 32*(2), 271-295.
- Wyatt, L. C., Ung, T., Park, R., Kwon, S. C., & Trinh-Shevrin, C. (2015). Risk factors of suicide and depression among Asian American, Native Hawaiian, and Pacific Islander youth: A systematic literature review. *Journal of Health Care Poor Underserved, 26*, 191-237.
- Zhao, J., Xue, L., & Gilkinson, T. (2010). Health status and social capital of recent immigrants in Canada: Evidence from the longitudinal survey of immigrants to Canada. Dans T. McDonald, E. Ruddik, A. Sweetman, & C. Worswick (Éds), *Canadian immigration: Economic evidence for a dynamic policy environment* (pp. 311-340). Montréal (QC) et Kingston (ON): McGill-Queen's University Press, Queen's Policy Studies Series.
- Zounon, O, Hans-Moevi Akué, A., Quenum, G. C., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2016). Why people in Benin are reluctant to undergo amputations? A systematic inventory of motives. *Journal of Health Psychology, 21*(11), 2753-2761.

Appendice
Instruments utilisés dans la thèse

Utilisation des services de santé mentale

Vous avez 18 ans et plus, vous êtes immigrants africains au Québec. Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les raisons pour lesquelles les immigrants africains au Québec, sous-utilisent les services de santé mentale, serait grandement appréciée. Cette étude entre dans le processus de rédaction d'une thèse de psychologie à l'université du Québec à Trois-Rivières. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire.

Cela ne vous prendra que quelques instants.

Vignettes

Il y a 3 mois, monsieur Diallo, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Diallo est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital De Maisonneuve offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Diallo, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Louis, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Louis est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital la Grace offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Louis, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Simon, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Simon est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital la Renaissance offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Simon, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Jérémy, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Jérémy est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital la Providence offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Jérémy, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Jérôme, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Jérôme est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Source de Vie offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Jérôme, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Gasmir, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet évènement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Gasmir est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital la Concorde offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Gasmir, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Abdoul, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet évènement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Abdoul est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Notre-Dame offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Abdoul, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Arafat, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Arafat est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital la Persévérance offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Arafat, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Yung, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Yung est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Vivre dans l'Espérance offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Young, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Kodjo, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet évènement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Monsieur Kodjo a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Santé Plus offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Kodjo, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Alhassani, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet évènement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Monsieur Alhassani a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital St Luck offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Alhassani, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Lucien, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi **avoir constaté une baisse d'appétit** depuis que ce décès est survenu.

Monsieur Lucien a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital St Pierre et Paul offre des services de santé mentale. L'**équipe de soignants** est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Lucien, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Hervé, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Monsieur Hervé a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Espérance offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Hervé, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Christoph, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Monsieur Christoph a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital la Miséricorde offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Christoph, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Adamou, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Monsieur Adamou a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Espoir 2000 offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Adamou, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Paul, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Monsieur Paul a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Espoir-Vie offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Paul, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Victorien, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Monsieur Victorien a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital la Concorde offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Victorien, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Aurélien, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Monsieur Aurélien a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital La Source offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé non seulement de psychiatres et psychologues, mais aussi de médiateurs culturels et d'interprètes. Ces soignants accordent une importance particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Aurélien, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Sama, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Sama est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Décarie offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Sama, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Ribana, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Ribana est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Jean-Talon offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Ribana, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Lokéto, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Lokéto est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital St Denis offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Lokéto, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Afanvi, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Afanvi est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital St Joseph offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Afanvi, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Diblo, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Diblo est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Quatre Etoiles offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Diblo, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Arnould, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet évènement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Arnould est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Louis Pasteur offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Arnould, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Patrick, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet évènement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Patrick est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital la Lumière offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Patrick, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Issifou, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Issifou est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital Senghor offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Issifou, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Crépin, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Depuis son arrivée au Québec, monsieur Crépin est socialement isolé, il n'a pas de membre de famille, et ne s'est pas encore fait d'ami. Il n'a personne pour lui apporter un soutien, quel qu'il soit.

L'hôpital la Paix offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Crépin, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Simplicite, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Monsieur Simplicite a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Main de Dieu offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Simplicite, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Hugues, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent perpétuellement fatigué.

Monsieur Hugues a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Avenir offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Hugues, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Lubin, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Monsieur Lubin a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital les Merveilles offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 2 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Lubin, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Yousef, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Monsieur Yousef a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital La Grace offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composée de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Yousef, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Limosa, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanemment fatigué.

Monsieur Limosa a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Sacré-Cœur offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Limosa, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Symphorien, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les activités de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce décès est survenu.

Monsieur Symphorien a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Pompidou offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques **des immigrants dans l'offre de** soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 4 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Symphorien, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Hassan, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur très triste tous les jours, et passe toutes ses journées enfermé dans son appartement, où il pleure continuellement. Il se nourrit à peine car manquant d'appétit, et n'a aucun intérêt pour les activités de loisirs qui l'intéressaient auparavant. Persuadé que sa vie n'avait plus de sens, il a fait une tentative de suicide hier.

Monsieur Hassan a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Source de Vie offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Hassan, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Tito, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est d'humeur triste la plupart du temps. Il parvient à effectuer ses activités quotidiennes même si cela lui paraît pénible. Il parvient difficilement à s'endormir la nuit, et se sent permanentement fatigué.

Monsieur Tito a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital la Transparence offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins qu'ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Tito, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Il y a 3 mois, monsieur Bienvenu, un nouvel arrivant au Québec, a perdu une personne qui lui était chère. Suite à cet événement, il est souvent d'humeur triste, et son intérêt pour les **activités** de loisirs a diminué. Il dit aussi avoir constaté une baisse d'appétit depuis que ce **décès** est survenu.

Monsieur Bienvenu a plusieurs amis et des membres de famille qui l'aiment bien. Ceux-ci lui proposent leur soutien moral et social. Parallèlement, les membres de sa communauté religieuse lui proposent leur soutien spirituel.

L'hôpital Arc-en-ciel offre des services de santé mentale. L'équipe de soignants est composé de psychiatres et de psychologues, mais ceux-ci ne possèdent pas de compétence culturelle. Ces soignants n'accordent pas une attention particulière aux réalités socioculturelles et linguistiques des immigrants dans l'offre de soins **qu'**ils proposent. Le temps d'attente pour recevoir les services de cette équipe de soignants est de 6 mois.

Si vous étiez dans le cas de monsieur Bienvenu, dans quelle mesure allez-vous consulter à ce service de santé mentale?

Certainement pas 0---0---0---0---0---0---0---0---0---0 **Tout à fait sûr que OUI**

Sexe

Féminin Masculin

Âge

Communauté culturelle d'origine (Nationalité)

(écrivez) : _____

Niveau d'étude le plus élevé que vous avez atteint

Primaire Secondaire Collégial Universitaire

Religion

Chrétien(e) Musulman(e) Animiste Non croyant

Depuis combien de temps avez-vous quitté de votre pays d'origine?

(écrivez) : _____

Questionnaire
N'INSCRIVEZ PAS VOTRE NOM. CE QUESTIONNAIRE DOIT RESTER ANONYME

Il arrive à nous tous de traverser des moments psychologiquement difficiles. Dans certains cas, nous pouvons avoir besoin des services d'un professionnel de santé mentale (ex : psychologue, psychothérapeute, ou psychiatre). Ce questionnaire porte sur les raisons pour lesquelles vous n'avez pas consulté un professionnel de santé mentale alors que vous aviez besoin d'une aide psychologique.

Vous devez coter le degré auquel vous êtes d'accord avec chacune de ces propositions en employant chaque fois l'échelle de réponse portée en dessous. La bulle à l'extrême gauche correspond au désaccord le plus radical (pas du tout d'accord). La bulle à l'extrême droite correspond à l'accord total (Tout à fait d'accord). Pour nuancer vos réponses, veuillez utiliser les bulles se situant entre ces deux positions extrêmes.

* * * * *

Une des raisons pour lesquelles il m'est arrivé de ne pas consulter un professionnel de santé mentale, à un moment où j'avais besoin d'une aide psychologique, est que :

1. je voulais essayer des soins alternatifs;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
2. ce type de professionnel est incompetent;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
3. les traitements qui sont proposés, ne conviennent pas à mon organisme;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
4. je voulais éviter des médicaments;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
5. celui-ci (le professionnel) n'aurait pas suffisamment de compassion pour moi.
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
6. je ne supportais pas les psychothérapies;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
7. je ne serais pas à l'aise de parler de mes problèmes personnels à un inconnu;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*

8. je ne faisais pas confiance en ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
9. cela serait une atteinte à l'honneur de ma famille;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
10. je ne pouvais pas payer les frais de consultation;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
11. je ne voulais pas qu'un inconnu s'ingère dans ma vie privée;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
12. je redoutais des préjugés de la part de celui-ci;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
13. cela allait nuire à l'image de ma famille;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
14. cela entraînerait d'importantes dépenses financières;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
15. l'accès à ces professionnels est difficile dans mon secteur;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
16. je voulais m'en sortir tout seul;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
17. je craignais de perdre des amis si ceux-ci le savaient;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
18. je me disais que celui-ci n'allait pas comprendre mon problème;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
19. Je n'avais pas l'habitude de consulter ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*
20. Celui-ci (le professionnel) ne serait pas de ma culture;
Pas du tout d'accord o----o----o----o----o----o----o *Tout à fait d'accord*

21. ma souffrance n'était pas si grave;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
22. certaines personnes s'éloigneraient de moi en le sachant;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
23. cela allait nuire à mon image aux yeux des autres;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
24. j'avais accès à des ressources spirituelles;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
25. le temps d'attente pour rencontrer ce professionnel était trop long;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
26. j'avais des réserves sur l'efficacité de l'aide qu'il me proposerait;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
27. cela n'est pas courant chez les personnes de ma religion;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
28. celui-ci (le professionnel) ne partagerait pas les mêmes valeurs religieuses que moi;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
29. je craignais d'être stigmatisé;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
30. cela aurait inquiété mes amis;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
31. j'avais pu bénéficier du soutien des gens de ma communauté;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
32. je craignais que celui-ci ne m'accorde pas suffisamment d'attention;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
33. j'avais pu bénéficier du soutien de ma famille;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*

34. cela aurait inquiété ma famille;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
35. je craignais d'être « étiqueté »;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
36. je craignais que celui-ci m'oblige à prendre des médicaments;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
37. cela n'est pas courant dans ma culture;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
38. le résultat des interventions proposées n'est pas immédiat;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
39. je pensais être capable de me rétablir moi-même sans l'aide d'un professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
40. je voulais garder une bonne estime de moi;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
41. je craignais que celui-ci ait du mal à me comprendre;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
42. j'avais pu bénéficier du soutien des membres de ma religion;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
43. cela aurait inquiété mes collègues de travail;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
44. je craignais de perdre certains de mes pouvoirs;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
45. je doutais que celui-ci puisse me comprendre;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
46. cela n'est pas courant dans ma famille;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord

47. je n'étais pas à l'aise de parler de mes problèmes à un inconnu;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
48. je trouvais que les services que celui-ci me proposerait ne répondraient pas à mes besoins;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
49. je voulais garder une bonne image moi-même aux yeux des autres;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
50. je craignais que celui-ci ne me consacre suffisamment de temps d'écoute;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
51. les héros de films ne consultent pas ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
52. je ne voulais pas contrarier certains membres de ma famille;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
53. je voulais protéger ma vie privée;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
54. ma famille ne serait pas favorable;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
55. je craignais de perdre certains de mes droits;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
56. je craignais que celui-ci me révèle certaines facettes de ma personnalité;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
57. cela n'est pas courant dans ma communauté;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
58. j'avais eu de mauvaises expériences auparavant avec ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord

59. j'ignorais l'existence de leur service au Québec;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
60. je voulais faire comme certains leaders politiques;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
61. mes sportifs préférés ne consultent pas ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
62. je craignais de perdre l'amour de certaines personnes;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
63. je voulais conserver l'estime que les gens ont de moi;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
64. je ne voulais pas contrarier des personnes de ma communauté;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
65. je voulais conserver la dignité;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
66. je risquais de perdre des personnes et certains amis;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
67. je craignais de perdre ma valeur aux yeux des autres;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
68. je doutais que celui-ci puisse me fournir les ressources spirituelles dont j'avais besoin;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
69. Cela ne correspondrait pas à mes valeurs personnelles;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
70. je doutais que l'aide qu'il me proposerait puisse répondre à mes besoins;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord

71. je ne comprenais pas le fonctionnement du système de soin au Québec;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
72. les grands acteurs de cinéma ne consultent pas ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
73. les grands religieux ne consultent pas ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
74. je craignais d'être méprisé par certaines personnes de ma communauté;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
75. cela nuirait à mon statut social;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
76. un membre de ma famille m'avait suggéré d'autres soins;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
77. je voulais me démontrer que j'étais capable de surmonter mes difficultés moi-même;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
78. ma famille aurait eu honte de moi;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
79. je craignais que l'on me rapatrie;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
80. je doutais que celui-ci puisse me fournir le soutien social dont j'avais besoin;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
81. je croyais que la cause de mon problème n'était pas psychologique;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
82. je doutais de la compétence de ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
83. je n'avais pas le temps;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*

84. mes artistes préférés ne consultent pas ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
85. je voulais faire comme certains hommes d'affaires;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
86. je craignais que ma famille ait honte de moi;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
87. je n'allais plus pouvoir m'affirmer au sein de ma communauté;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
88. une personne qui m'est proche m'avait suggéré d'autres soins;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
89. j'avais plus facilement accès à d'autres types d'aide;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
90. je ne voulais pas faire l'objet de pitié;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
91. je craignais que cela fasse que je me sente inférieur aux autres;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
92. je doutais que celui-ci puisse me fournir le soutien émotionnel social dont j'avais besoin;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
93. cela n'était pas courant dans mon entourage;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
94. l'aide proposée manque de spiritualité;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord
95. j'avais jugé que cela n'était pas nécessaire;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait d'accord

96. les grandes célébrités d'aujourd'hui ne consultent pas ce type de professionnel;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
97. je voulais faire comme certaines personnes très influentes;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
98. je craignais que des personnes qui me sont proches ne m'accordent aucune crédibilité;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
99. cela nuirait au respect que des personnes de ma communauté ont pour moi;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
100. un ami m'avait suggéré d'autres soins;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
101. je ne voulais pas passer pour un fou aux yeux des autres;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
102. je ne voulais pas révéler ma vulnérabilité;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
103. je n'aurais pas eu de contrôle sur le traitement proposé;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
104. je ne voulais pas que mes proches me prennent pour un « fou »;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
105. dans ma culture, il est mal vu de dévoiler ses problèmes personnels à un inconnu;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
106. l'aide proposée ne tient pas compte de ma culture;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*
107. j'avais jugé que cela n'en valait pas la peine;
Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *Tout à fait d'accord*