DOCUMENT D'ORIENTATION SUR LA SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS

NAZILLA KHANLOU

CHAIRE DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES DU COSSF
PROFESSEURE AGRÉGÉE
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ, UNIVERSITÉ YORK

Le présent document d'orientation a été commandé et financé par la Direction des initiatives stratégiques et des innovations (DISI) de l'Agence de la santé publique du Canada. La DISI et le Projet Metropolis ont appuyé son élaboration. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ni de Metropolis.

Présenté le 30 mars 2009

Le présent document d'information se fonde en partie sur une présentation préparée en 2008 par l'auteure, au sujet de l'immigration et de la santé mentale, à l'intention de l'École de la fonction publique du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE **3**

REMERCIEMENTS **5**

1.0 INTRODUCTION **6**

2.0 CONTEXTE **7**

3.0 DÉFINITION DE SANTÉ MENTALE, DE DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE **7**

4.0 ÉTAT DES CONNAISSANCES : EXAMEN DE LA DOCUMENTATION **9**

4.1 APERÇU DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE 10

4.1.1 Littérature grise 10

4.2 CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS MIGRANTES 10

4.2.1 Influences individuelles 11

4.2.2 Influences intermédiaires 12

4.2.3 Influences systémiques 14

5.0 RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES **16**

6.0 EXEMPLES DE PRATIQUES EXEMPLAIRES **18**

7.0 CONCLUSION **19**

8.0 RÉFÉRENCES CITÉES **21**

ANNEXE 1 BIBLIOGRAPHIE ÉTENDUE **28**

ANNEXE 2 BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE ANNOTÉE **37**

GLOSSAIRE[1]

Réfugiés parrainés par le gouvernement : « Résidents permanents de la catégorie des réfugiés qui sont sélectionnés à l'étranger en vue d'être réinstallés au Canada à titre de réfugiés au sens de la Convention, en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, ou à titre de membres de la catégorie des réfugiés au sens de la Convention outre-frontières, et qui bénéficient d'une aide du gouvernement **»** (Citoyenneté et Immigration Canada, 2008).

Immigrant : Ce terme désigne les résidents permanents qui ont immigré volontairement au Canada, et qui entrent dans la catégorie des gens d'affaires immigrants, des immigrants économiques ou du regroupement familial. (Citoyenneté et Immigration Canada, 2008 a). Dans le présent document, nous établirons une distinction entre les immigrants et les autres groupes migrants, comme les réfugiés, les demandeurs d'asile et ceux qui ont un statut précaire, dont il est question ultérieurement.

Santé mentale/bien-être : La santé mentale est « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (Organisation mondiale de la Santé, 2007).

Promotion de la santé mentale : Processus consistant à « accroître la capacité des individus et des collectivités de se prendre en main et d'améliorer leur santé mentale » (Centre de promotion de la santé, 1997).

Migrant : Dans le présent document d'orientation, le terme migrant désigne les immigrants, les réfugiés, les demandeurs d'asile et ceux qui ont un statut précaire. Ainsi, toute personne étrangère qui est venue s'établir au Canada est considérée comme un migrant.

Nouvel arrivant : L'usage de ce terme varie. Généralement, il désigne les résidents permanents canadiens qui sont arrivés au pays au cours des trois à cinq dernières années (bien que ce délai puisse parfois atteindre dix ans). Ce terme atténue la connotation négative de différence ou d'altérité associée aux termes immigrant ou réfugié (voir Sadiq, 2004, p. 1).

Statut précaire : Ce terme est utilisé pour décrire le statut d'immigrant des personnes qui résident légalement ou illégalement au Canada. Un statut juridique précaire est attribué aux membres d'une famille parrainés, aux résidents temporaires ou aux aides familiaux résidants (Oxman-Martinez et coll., 2005 : 248). Dans le présent document d'orientation, le terme statut précaire fait référence aux personnes qui n'ont pas de statut juridique valide dans le pays et qui ne possèdent pas de documents d'immigration légaux.

[1] Bon nombre de ces catégories ne sont pas absolument exclusives et une personne peut correspondre à une ou plusieurs de ces catégories; sa situation peut aussi changer avec le temps.

Demandeur d'asile : Les demandeurs d'asile sont des « résidents temporaires qui font partie du groupe visé par des considérations humanitaires; ils sollicitent une protection dès leur arrivée au Canada, ou après. Le demandeur d'asile bénéficie de la protection du Canada lorsqu'il est reconnu comme un réfugié au sens de la Convention (Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés, signée à Genève en 1951, et son protocole de 1967), ou lorsqu'il est établi que sa vie est menacée, ou qu'il risque de subir des peines ou des traitements cruels et inusités, ou encore d'être soumis à la torture au sens de la Convention contre la torture. Le demandeur d'asile dont la demande est acceptée peut présenter une demande de résidence permanente au Canada. Le demandeur peut inclure les membres de sa famille qui se trouvent au Canada et à l'étranger » (Citoyenneté et Immigration Canada, 2008 a).

Réfugié : Personnes qui « craignent la persécution, ou qui risquent d'être torturées ou de faire l'objet de peines ou de traitements cruels et inusités si elles retournent dans leur pays d'origine, ou encore, personnes qui ne veulent ou ne peuvent y retourner. » (Citoyenneté et Immigration Canada, 2007 b).

Déterminants sociaux de la santé (DSS) : Les DSS sont les myriades de facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux pouvant influencer l'état de santé général d'une personne ou d'un groupe.

Approche systémique : L'approche systémique analyse les différents niveaux d'influence d'un phénomène précis : les niveaux micro (individuel), méso (intermédiaire) et macro (systémique).

REMERCIEMENTS

L'auteure aimerait remercier la Dre Beth Jackson (Agence de la santé publique du Canada) et M. Riaz Kara (Metropolis Canada) pour leur contribution à la conception de ce document stratégique. Elle souhaite aussi souligner la participation de Mme Tahira Gonsalves (coordonnatrice de la recherche, université de Toronto) à l'examen et à la synthèse de la documentation et de Mme Michelle Lee (adjointe à la recherche, université de Toronto) à la recherche documentaire nécessaire au présent document d'orientation.

DOCUMENT D'ORIENTATION SUR LA SANTÉ MENTALE DES IMMIGRANTS

1.0 INTRODUCTION

La politique d'immigration active du Canada a entraîné l'accroissement de la diversité culturelle et ethnoraciale de la société. Chaque année, un nombre important de nouveaux arrivants entrent au pays et commencent leur processus de réétablissement. Les sources habituelles d'immigrants sont de plus en plus remplacées par de nouveaux pays, ce qui modifie le portrait démographique de la société canadienne. Les sociétés multiculturelles offrent des occasions uniques et dynamiques de favoriser la diversité entre groupes de même que la croissance. Toutefois, elles doivent aussi surmonter des défis particuliers, ce qui peut avoir des conséquences sur le bien-être mental des personnes.

Ce document d'orientation traite de la santé mentale des populations migrantes du Canada. D'abord, un bref survol du contexte (statistiques démographiques) sera présenté. Il sera suivi des définitions de santé mentale ainsi que de promotion de la santé mentale. Par la suite, les conclusions de l'examen de la documentation seront analysées au moyen d'une approche systémique. Puis, il sera question des conséquences stratégiques résultant des données empiriques. Finalement, une bibliographie étendue ainsi qu'une bibliographie sélective annotée complèteront ce document.

Plusieurs mises en garde sont portées à l'attention du lecteur. Premièrement, le centre d'intérêt du présent document d'orientation est le bien-être mental, en particulier les déterminants sociaux de la santé mentale des immigrants. L'optique de ce document est axée sur la promotion de la santé mentale plutôt que sur des approches psychiatriques ou biomédicales afin d'évaluer le bien-être mental des populations migrantes. Les méthodes psychiatriques et biomédicales fournissent des renseignements inestimables quant aux maladies mentales des personnes. Il est nécessaire d'obtenir de l'aide en ce qui a trait à la pratique et à l'orientation stratégique qui favorisent l'établissement de diagnostics précis, aux traitements efficaces, au suivi et à la réadaptation pour les immigrants qui ont des troubles mentaux aigus ou chroniques. Cependant, ces éléments ne sont pas au centre de l'examen de la documentation effectué pour le présent document d'orientation.

Deuxièmement, notre notion d'immigrant et de migrant n'est pas monolithique. Nous avons tenté d'établir une distinction entre les immigrants, les réfugiés et les personnes qui n'ont aucun statut juridique (ou dont le statut est précaire[2]). Toutefois, il y a des différences au sein de chacune de ces catégories. Dans le but de reconnaître les interrelations entre le genre, le contexte culturel, le statut racial et d'autres influences, nous avons appliqué une approche systémique afin d'organiser les conclusions de

[2] Il existe différentes définitions de statut précaire qui tiennent compte des personnes vivant légalement et illégalement au Canada. Ces dernières sont aussi appelées personnes sans statut légal ou immigrants irréguliers; c'est-à-dire qu'elles n'ont pas de documents d'immigration légaux en raison de l'expiration de leurs papiers, de leur immigration clandestine ou parce qu'elles ont été victimes de la traite de personnes (Oxman-Martinez et coll., 2005).

l'examen de la documentation et d'analyser les facteurs de niveau micro, méso et macro ayant une incidence sur la santé mentale des populations migrantes.

2.0 CONTEXTE

Selon le recensement de 2006, près de 20 % de la population (plus de 6 millions d'habitants) était née à l'étranger, soit la plus forte proportion en 75 ans (Statistique Canada, 2007). Entre 2001 et 2006, plus d'un million d'immigrants se sont installés au Canada (Statistique Canada, 2007). Environ 60 % des nouveaux arrivants étaient originaires d'Asie (comparativement à 12 % en 1971), 16 % d'Europe (62 % en 1971), 11 % d'Amérique centrale ou d'Amérique du Sud et 11 % d'Afrique (Statistique Canada, 2007). Environ 70 % des nouveaux immigrants étaient établis dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) de Toronto, Montréal et Vancouver (Statistique Canada, 2007).

Il existe de plus en plus de données statistiques non regroupées sur la composition démographique des groupes d'immigrants. En ce qui concerne l'âge des immigrants, 22 % d'entre eux étaient âgés de 0 à 14 ans à leur arrivée, 15 % de 15 à 24 ans, 48 % de 25 à 44 ans, 13 % de 45 à 64 ans et 3 % de 65 ans et plus (toutes les données ont été arrondies, Citoyenneté et Immigration Canada, *Faits et chiffres* 2008 b).

De 2001 à 2006, 1,4 million de nouveaux arrivants ont été admis au Canada à titre de résidents permanents (Statistique Canada, 2007). Le pays a aussi accueilli un nombre important de réfugiés. Par exemple, en 2003, près de 26 000 réfugiés sont arrivés au Canada (CIC, 2003 dans Khanlou et Guruge, 2008). Même si le nombre officiel de personnes qui n'ont pas de statut est inconnu, des recherches menées auprès de fournisseurs de services, entre autres dans les centres de santé communautaires, démontrent qu'un nombre impressionnant de personnes sont au pays sans détenir de statut légal. D'après les estimations de ces organismes, le nombre de personnes vivant au Canada sans statut légal s'élèverait à près de 200 000 et la majorité d'entre elles vivraient à Toronto (voir Khanlou, et coll., en cours d'écriture).

3.0 DÉFINITION DE SANTÉ MENTALE, DE DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un élément essentiel de notre bien-être. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le terme santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2007). Selon l'OMS (2007), il n'y a pas de santé sans santé mentale.

La santé mentale est un état de bien-être résultant des interactions entre la personne et son environnement (Khanlou, 2003). Voici comment se définit la promotion de la santé mentale (PSM) :

> […] processus consistant à accroître la capacité des individus et des collectivités de se prendre en main et d'améliorer leur santé mentale. [La

> PSM] utilise des stratégies qui encouragent le soutien de l'environnement et le ressort psychologique des personnes, tout en respectant l'équité, la justice sociale, les interrelations et la dignité humaine (Centre pour la promotion de la santé, 1997).

Des facteurs complexes et interreliés influencent la santé et le bien-être mental des populations migrantes. Selon Ornstein (2002), les déterminants sociaux de la santé, qui sont les conditions socioéconomiques ayant une incidence sur la santé des particuliers, des collectivités et des pays dans leur ensemble, ont un effet tant sur la santé physique que sur la santé mentale. Bien que des aspects similaires des déterminants sociaux puissent influencer la santé des populations migrantes comme celle de l'ensemble des Canadiens en général, d'autres déterminants liés au statut d'immigrant (p. ex. les obstacles à l'intégration sociale et économique, les difficultés à avoir accès aux services sociaux et sanitaires en raison des différences linguistiques et culturelles, l'absence de réseaux sociaux) peuvent aussi jouer un rôle important. Certaines personnes soutiennent que le processus d'immigration et d'établissement en soi constitue un déterminant social de la santé essentiel (Meadows, Thurston, et Melton, 2001).

La situation avant l'immigration a aussi des effets sur les résultats en santé après l'immigration. Par exemple, dans le cas d'un pays d'origine déchiré par la guerre, les troubles associés au stress post-traumatique peuvent représenter un risque pour la santé qui doit être examiné après la migration. Dans le cas d'une séparation familiale, les facteurs de risque pour la santé mentale peuvent s'aggraver. Ceux qui ont immigré au Canada parce qu'il s'agissait de leur seul espoir afin de subvenir aux besoins économiques d'une famille nombreuse dans leur pays d'origine portent un fardeau énorme lié à l'obligation de réussir au Canada sur le plan économique (conclusions préliminaires, Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009; Eiden, 2008).

Compte tenu du nombre croissant d'immigrants au Canada, les interrelations entre le genre, l'âge, la culture, le statut d'immigrant et le statut racial sur la promotion de la santé mentale dans un milieu multiculturel doivent être prises en considération. (Khanlou, 2003; Khanlou et coll., 2002).

Les aspects pratiques et conceptuels de la PSM attirent de plus en plus l'attention (Khanlou, 2003). Cependant, les modèles et les approches en matière de PMS fondés sur des recherches axées sur la culture de la majorité peuvent être limités puisqu'ils ne tiennent pas nécessairement compte des multiples obstacles culturels, linguistiques et systémiques rendant difficile le maintien de la santé mentale et sa promotion dans le contexte entourant la migration et le réétablissement. La compréhension, l'élaboration et la mise en application des principes et des stratégies propres à la PSM offrent d'importantes occasions d'améliorer le bien-être mental des divers secteurs de la société.

La PSM complète l'approche en matière de déterminants sociaux de la santé (DSS). Cette dernière implique la compréhension des nombreux facteurs qui peuvent affecter l'état de santé général d'une personne ou d'un groupe. Parmi ces déterminants se trouvent les facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux. Dans le contexte de la

santé mentale des immigrants, il faut ajouter les facteurs liés à l'établissement et à l'intégration qui peuvent avoir une influence sur la santé mentale.

4.0 ÉTAT DES CONNAISSANCES : EXAMEN DE LA DOCUMENTATION

Dans le domaine de la recherche en santé, l'incidence de la migration sur la santé et le bien-être des immigrants a été décrite au moyen de trois approches dominantes. Dans la première, l'hypothèse veut que l'état de santé des nouveaux arrivants soit pire que celui de l'ensemble de la population. Cette approche s'appelle l'hypothèse « morbidité-mortalité ». Une seconde approche, « l'effet de l'immigrant en bonne santé », suppose que les immigrants ont tendance à avoir une meilleure santé que l'ensemble de la population (Hyman, 2004; Alati et coll. 2003). L'approche finale, « l'effet de transition », suggère que les avantages sanitaires dont jouissent les immigrants à leur arrivée au Canada diminuent en fonction des années passées au pays (Alati et coll., 2003)[3].

Même si ces conceptualisations de la santé des immigrants ont grandement influencé la recherche dans ce domaine, elles sont surtout centrées sur la santé et le bien-être des immigrants et des réfugiés qui arrivent au pays par le truchement de filières de migration générales. De plus, en raison des expériences vécues par les immigrants et les réfugiés avant leur migration, leur santé et leur bien-être peuvent être très différents après leur arrivée au pays; il importe donc de reconnaître les différences entre les deux groupes d'immigrants (Khanlou, 2008b). Un troisième groupe, les immigrants sans statut légal, doit surmonter des obstacles systémiques supplémentaires après la migration. Comme ces personnes n'ont pas de statut, elles et leur famille ont un accès limité ou n'ont pas accès aux soins de santé, à la formation scolaire, aux services sociaux et aux droits juridiques nécessaires pour favoriser et protéger leur santé (Omidvar et Richmond, 2003; Mulvihill, Mailloux, et Atkin, 2001). En tenant compte des différences, nous utilisons le terme migrant de façon inclusive pour désigner à la fois les immigrants, les nouveaux arrivants, les réfugiés, les demandeurs d'asile ainsi que les personnes ayant un statut d'immigrant précaire.

---

[3] Beiser (2005) fait remarquer que les liens entre la santé et l'immigration ont tendance à être fondés sur deux paradigmes. Il y a le « paradigme de l'immigrant en bonne santé » (aussi appelé « effet de l'immigrant en bonne santé ») et le « paradigme de l'immigrant malade » (ou « paradigme morbidité-mortalité ») (Beiser, 2005 et Alati et coll., 2003). Beiser soutient qu'il y a aussi le « paradigme interactif » qui prend en considération les facteurs héréditaires et socio-environnementaux pour expliquer l'état de santé des immigrants (Beiser, 2005: S30). Des études révèlent que, dans bien des cas, une combinaison de l'effet de l'immigrant en bonne santé et de l'effet de transition explique les tendances relatives à la santé des immigrants. Ces derniers sont souvent en meilleure santé que leurs homologues nés au Canada lorsqu'ils arrivent au pays, mais avec le temps, leur santé se détériore (Newbold, 2005). Ce phénomène est appelé « effet de transition » (Alati et coll., 2003). L'« effet de l'immigrant en bonne santé » peut aussi s'appliquer à la santé mentale des immigrants. La question à savoir si cette tendance reflète une meilleure résilience ou une différence dans la façon dont les immigrants abordent le stress et l'adversité dans la vie pourrait faire l'objet de futurs travaux de recherche (Ali, 2002, p. 6).

4.1 APERÇU DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Afin de déterminer la documentation pertinente pour la rédaction du présent document d'orientation, des recherches en ligne ont été menées sur diverses bases de données, y compris MEDLINE (la base de données de la National Library of Medicine), HEALTHSTAR, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PsychoINFO, PUBMED, Sociological Abstracts et Psychological Abstracts. Différentes combinaisons de mots clés et d'opérateurs booléens (et/ou/*/?) ont été utilisées : Canada, disparités sur le plan de la santé, disparité, immigrant (immigrants), immigration, migration, migrants, santé mentale, réfugié (réfugiés), sans enregistrement, sans papiers, illégal, étranger et statut précaire. La recherche ciblait les données des années 1980 à aujourd'hui. À l'origine, elle était axée sur les articles canadiens, mais des études pertinentes de certains pays comme les É.-U., l'Australie, le Royaume-Uni et d'autres pays européens ont été utilisées. Cette stratégie de recherche a permis de trouver plus de 70 articles. Des articles, des livres et des chapitres de livres liés à la santé mentale des immigrants ont aussi été consultés.

4.1.1 Littérature grise

Divers sites gouvernementaux ou se rattachant à des instituts de recherche ont été visités, notamment les sites gouvernementaux de Citoyenneté et Immigration Canada, de Statistique Canada, de Condition féminine Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Les sites du Projet Metropolis du CERIS et différents sites de centres de santé communautaires ont également fait l'objet de consultations (voir section 6 : Exemples de pratiques exemplaires).

4.2 CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS MIGRANTES

Dans le but d'examiner les données de recherche sur la santé mentale des immigrants et les conséquences sur les politiques, une approche systémique a été appliquée. Cette dernière est bien adaptée aux prémisses découlant de la PSM. Elle permet de procéder à un examen à plusieurs niveaux des facteurs influençant le bien-être mental des immigrants. Les conclusions de l'examen ont été classées selon le niveau d'influences et d'expériences, soit individuel, intermédiaire et systémique, conformément aux conclusions antérieures sur la santé mentale des populations migrantes (Khanlou, 2008b; Khanlou et coll., 2002).

Les influences individuelles (niveau micro) concernent l'âge, le genre et les antécédents culturels. Les influences intermédiaires (niveau méso) sont celles qui lient les personnes à leur contexte social comme la famille et les réseaux de soutien sociaux de même que l'acculturation. Les influences systémiques (niveau macro) sont relatives au contexte social plus vaste et au réétablissement comme les barrières économiques, les services appropriés, l'accès aux soins de santé ainsi que les expériences de discrimination et de racisme. Les niveaux d'influence micro, méso, et macro se recoupent et interagissent, influençant par le fait même la santé mentale des immigrants.

4.2.1 *Influences individuelles*

Âge
L'âge auquel une personne immigre peut avoir une grande incidence sur son état de santé par la suite. Peu de recherches ont été menées relativement aux conséquences de la migration sur le bien-être mental en fonction de l'âge.

Les enfants qui immigrent à un très jeune âge (ou qui sont nés ici), peuvent ne pas remarquer de différences importantes quant à leur état de santé comparativement à leurs homologues nés au Canada. Toutefois, des études montrent que divers facteurs structurels ou facteurs macro comme les obstacles à l'éducation et à l'emploi (qu'ont connus leurs parents) (Portes et Rumbaut, 2005) peuvent continuer d'être des agents stressants pour la santé mentale. Il est nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Dans le contexte post-migratoire, les adolescents doivent surmonter des défis particuliers et faire preuve de résilience (Khanlou et coll., 2002; Khanlou et Crawford, 2006). Coincés entre le développement de leur propre identité et la nécessité de modifier la nouvelle culture pour que leurs parents puissent s'y adapter, les jeunes assument souvent des rôles dépassant les capacités associées à leur âge réel (conclusions préliminaires, Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009). Les adolescentes réfugiées, en particulier, doivent affronter des obstacles liés à l'établissement et à la migration qui peuvent avoir des conséquences négatives sur leur santé mentale étant donné le contexte souvent traumatisant précédant leur immigration et le développement de leur identité qu'elles doivent poursuivre à leur arrivée au pays (Khanlou et Guruge, 2008).

Les personnes âgées qui immigrent doivent elles aussi surmonter des obstacles qui leur sont propres, particulièrement en ce qui concerne l'isolement et les abus, la langue, la culture et la mobilité (Hasset et George, 2002; Guruge, Kanthasamy et Santos, 2008). Il est également essentiel de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Genre
Le genre a une grande incidence sur l'état de santé et il interagit avec d'autres influences. Comme les femmes immigrent souvent en étant dépendantes de proches parents masculins, leurs trajectoires de migration uniques et leurs besoins sanitaires spécifiques ne sont pas nécessairement intégrés à la formulation des politiques, qui sont axées sur les immigrants masculins (Guruge et Collins, 2008; Mawani, 2008), ce qui limite leur accès à des services de santé (Oxman-Martinez et coll., 2005).

Le genre et l'âge sont des variables qui interagissent de manière à compliquer davantage la situation après la migration, lorsque les adolescentes doivent surmonter des obstacles différents de ceux que rencontrent leurs homologues masculins, et les défis à relever pour les immigrantes plus jeunes sont également différents des problèmes que vivent les immigrantes plus âgées. Les femmes dont le statut est précaire courent aussi le risque d'être exploitées et de travailler dans un environnement non sécuritaire et malpropre. Certaines femmes n'ayant aucun statut légal doivent subvenir aux besoins des membres

de leur famille et, par conséquent, elles ne veulent pas rapporter les pratiques abusives en milieu de travail ou en sont incapables (Guruge et Collins, 2008).

Antécédents culturels, spiritualité et identité religieuse
Les services de santé mentale qui tentent d'associer les immigrants à des catégories de connaissances cliniques occidentales ne tiennent pas compte des facteurs culturels, spirituels ou religieux pouvant influencer la santé mentale de ces personnes (James et Prilleltensky, 2002; Collins, 2008). Des travaux de recherche réalisés dans des villes diversifiées sur le plan ethnique montrent que, souvent, le contexte spirituel et culturel influence la santé mentale et les maladies mentales de manières très différentes (Fernando, 2003; Collins, 2008; Across Boundaries). En gardant ces renseignements à l'esprit, il est possible de compléter les modèles occidentaux en matière de promotion de la santé par des programmes adaptés aux cultures (Khanlou, 2003; Khanlou et coll., 2002)[4].

La religion, en particulier, joue un rôle important dans la vie des différents groupes d'immigrants, et leurs convictions religieuses peuvent même être renforcées après l'immigration, que ce soit en raison du renouvellement des croyances religieuses dû à la marginalisation des identités religieuses ou parce que les institutions religieuses deviennent des lieux favorisant le soutien communautaire (conclusions préliminaires, Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009; pour l'importance de l'éducation religieuse, voir : Zine, 2007).

Beaucoup d'études réitèrent l'importance de bien comprendre ces facteurs individuels entrecroisés ou au sein d'un cadre systémique. D'autres facteurs qui nécessitent aussi une attention particulière dans le contexte des politiques et des pratiques sont les obstacles que rencontrent les immigrants en raison de leurs compétences différentes ou de leurs incapacités ainsi que les expériences vécues liées à la marginalisation au sein de la société en général et des communautés ethnoculturelles à cause d'une orientation sexuelle différente. Les recherches canadiennes relatives aux conséquences de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé mentale des immigrants sont très limitées ou inexistantes.

4.2.2 Influences intermédiaires

Famille et réseaux de soutien sociaux
La famille et les réseaux sociaux des immigrants peuvent constituer une importante source de soutien dans le contexte du réétablissement et de la promotion du bien-être mental. Les conclusions des travaux de recherche révèlent que les immigrants ont d'abord et principalement tendance à compter sur les membres de leur famille élargie

[4] Le fait d'être conscients des besoins culturels uniques des différents groupes et d'y répondre est parfois considéré comme une compétence culturelle. Certaines personnes soutiennent que la compétence culturelle peut, en réalité, marginaliser et séparer les personnes différentes sur le plan de la culture et qu'un cadre axé sur la lutte contre le racisme et l'oppression serait beaucoup plus approprié. Bien que cette question fasse l'objet de débats, la plupart des gens s'entendent pour dire que les divers besoins individuels doivent être comblés en ce qui a trait à la prestation de services de santé mentale puisque la population du Canada n'est pas homogène.

(surtout ceux qui vivent au pays depuis plus longtemps) pour répondre à leurs besoins liés à l'établissement et aussi pour se créer un réseau de soutien social (conclusions préliminaires, Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009). Même si les politiques canadiennes en matière d'immigration encouragent la réunification des familles (gouvernement du Canada, *Loi sur l'immigration*, 1978), en réalité, cette tâche s'avère difficile pour les réfugiés et les personnes dont le statut est précaire. Les définitions du terme famille dans la législation ne concordent pas toujours avec la réalité des familles d'immigrants. Les besoins potentiels propres aux immigrants et l'importance des membres de la famille élargie doivent aussi être pris en considération (Association canadienne pour l'intégration communautaire, 2005).

Les réseaux de soutien sociaux à l'extérieur de la famille sont généralement formés de membres de la communauté ethnique et d'organisations religieuses répondant précisément aux besoins de la communauté en question. Par exemple, certaines mosquées, bien qu'elles ne soient pas officiellement liées aux programmes d'établissement, offrent une aide non officielle aux nouveaux arrivants, que ce soit pour donner des conseils juridiques ou des explications concernant les différences culturelles ou pour leur permettre d'acquérir des compétences professionnelles (conclusions préliminaires, Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009).

Même si le terme soutien familial peut avoir différentes significations pour différentes personnes au sein d'une même collectivité, Simich et coll., (2005) rapportent qu'il existe des formes communes de soutien social déterminées par les décideurs et les fournisseurs de services, notamment en ce qui a trait au soutien informationnel, instrumental et émotionnel (Simich et coll., 2005: 262). Afin d'offrir divers niveaux et types de soutien, il est essentiel de se tourner vers la coordination holistique des services (Simich et coll., 2005). Les conséquences ressenties du soutien social sur le bien-être des communautés d'immigrants sont aussi importantes (Simich et coll., 2005) et elles doivent être associées aux déterminants sociaux de la santé abordés ci-dessous.

Acculturation

L'acculturation est un processus en vertu duquel les contacts entre les différents groupes culturels entraînent des modifications au sein des deux groupes (Berry, 2001 : 616). L'acculturation est fondée sur l'existence d'identités ethniques, culturelles ou nationales. Des études ont démontré que l'atteinte d'un équilibre entre le sens de l'identité ethnique et l'adaptation à la nouvelle société peut avoir des effets positifs sur la santé mentale (Berry, 2008). Autrement dit, l'identification ethnique à un groupe spécifique dans une société multiethnique peut constituer un facteur de protection favorisant le bien-être. Parfois, la force de l'identification ethnique peut augmenter le risque de détresse psychologique, comme lorsque la communauté à laquelle le migrant s'identifie est perçue négativement dans la société en général. Dans leur étude sur les réfugiés de la mer de l'Asie du Sud-Est, Beiser et Hou (2006) ont conclu que les membres d'un groupe courent un risque plus élevé de souffrir de détresse psychologique s'ils sont victimes de discrimination ou s'ils en sont témoins. Cette situation s'explique par le fait que les expériences de discrimination rappellent constamment le statut marginal des minorités ethniques. Il existe d'autres facteurs, comme la langue, qui ont une incidence sur la santé mentale et le bien-être (Beiser et Hou, 2006). Cependant, en général, l'identité culturelle,

ethnique et spirituelle, ainsi que l'appartenance à une communauté favorisent grandement la santé mentale (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

4.2.3 Influences systémiques

Barrières économiques
Les difficultés économiques sont un important déterminant de la santé et elles sont liées aux disparités sur le plan de la santé. Un des facteurs de stress les plus importants pour la santé mentale selon les immigrants est le sous-emploi ou l'absence d'emploi qui les attend à leur arrivée au pays. L'histoire du médecin chauffeur de taxi ou de l'ingénieur qui doit s'occuper du nettoyage et de l'entretien est une réalité pour un nombre croissant de nouveaux immigrants au Canada.

Les barrières économiques à l'intégration sont devenues de grandes sources de stress dans la vie des immigrants, affectant aussi leur famille. Les jeunes immigrants intériorisent souvent la frustration de leurs parents, ce qui influence ensuite leur rendement à l'école (Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009). D'un autre côté, certaines recherches indiquent aussi que, même si les enfants d'immigrants nés à l'étranger sont au moins deux fois plus susceptibles de vivre dans des familles pauvres, ils présentent des niveaux moins élevés de problèmes émotionnels et de comportement (Beiser et coll., 2002 : 220). Cette situation s'explique en partie par le fait que les immigrants s'attendent à éprouver des difficultés à leur arrivée dans leur pays d'adoption et qu'ils espèrent une amélioration de leur situation avec le temps (Beiser et coll., 2002; CHEO, *op cit*). Cependant, si la pauvreté persiste, elle peut avoir des conséquences négatives sur le QI d'un enfant ainsi que sur son rendement à l'école et entraîner des problèmes de comportement (Beiser et coll., 2002 : 225).

Services appropriés
Sur le plan social en général, des services de santé mentale spécifiques et adaptés aux différences culturelles s'avèrent les meilleures approches ayant des conséquences positives sur la santé mentale. Malgré les meilleures intentions, les services demeurent sous-utilisés lorsqu'ils sont formulés de manière à ne pas tenir compte du contexte entourant les clients auxquels ils sont destinés (Whitley et coll., 2006; Hasset et George, 2002; DesMeules et coll., 2004; Newbold, B. 2005). Ces services doivent aussi prendre en considération le fait que les immigrants ne sont pas un groupe monolithique ou homogène et que leur hétérogénéité est suffisamment importante pour garantir la création de nouveaux modèles de prestation fondés sur l'âge, le genre, les différences culturelles et le statut d'immigrant des clients.

Les agences et les organismes de services sont généralement orientés sur la communication de renseignements sur documents papier ou par l'entremise d'Internet, mais un échange verbal est souvent la façon la plus efficace de donner de l'information aux nouveaux arrivants concernant les services offerts (Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009). Les travaux de recherche indiquent que les médias ethniques peuvent rejoindre plus efficacement des populations précises (Simich et coll., 2005), étant donné les barrières linguistiques.

Les agences et les organismes (gouvernementaux ou non) doivent poursuivre leurs efforts de coordination et éviter le travail en vase clos (CHEO, *op cit*.). Il faut continuer les recherches sur l'état de santé des immigrants à long terme. De plus, il faut examiner l'efficacité et l'efficience des différents modèles de prestation des services de santé mentale (par exemple, les modèles de prestation propres aux groupes ethniques par rapport aux modèles de prestation de services généraux adaptés sur le plan culturel).

Statut d'immigrant et accès aux soins de santé
Le statut d'immigrant influence l'accès aux soins de santé. Les immigrants et les réfugiés doivent surmonter divers obstacles, mais, en théorie, ils ont au moins accès à des services de santé. Toutefois, les personnes qui ont un statut précaire (Oxman-Martinez et coll., 2005) sont souvent coincées dans des zones d'incertitudes « liminales » (McGuire et Georges, 2003), ce qui les rend particulièrement vulnérables aux effets négatifs sur la santé mentale. Les personnes qui n'ont aucun statut légal courent des risques encore plus élevés puisqu'ils ne peuvent tout simplement pas avoir accès aux services de santé (Khanlou et coll., rédaction en cours).

Les expériences des réfugiés avant leur migration peut aussi avoir des conséquences à long terme sur l'état de leur santé mentale après leur arrivée au pays. Généralement, les nouveaux arrivants peuvent avoir un état de santé différent de celui de leurs homologues nés au Canada et, avec le temps, celui-ci peut se détériorer (Alati et coll., 2003; et dans Beiser, 2005). Ali (2002) a conclu que les nouveaux arrivants présentent moins de problèmes de santé mentale que leurs pairs nés au Canada, mais n'a pas précisé si c'était dû au fait qu'ils font preuve d'une plus grande résilience ou s'ils comprennent et conceptualisent mieux les problèmes de santé mentale (Ali, 2002: 6). Il est essentiel de procéder à une recherche longitudinale sur la question pour voir dans quelle mesure l'état de santé n'est pas altéré.

Préjugés, discrimination et racisme
Même s'il peut être difficile de mesurer le racisme, il a été noté que des perceptions de racisme peuvent avoir une incidence sur la santé mentale (McKenzie, 2006) et sur l'utilisation subséquente des services par les immigrants (Whitley, 2006). Les immigrants issus d'une minorité visible doivent affronter la discrimination, les préjugés et le racisme à cause de leur couleur, de leur accent et, parfois, de leurs différences culturelles (Simich et coll., 2005). Les préjugés et la discrimination affectent le sentiment d'appartenance des jeunes immigrants ainsi que leur intégration psychosociale au Canada (voir Khanlou, Koh, et Mill, 2008). Les documents de recherche montrent continuellement l'existence de liens entre la discrimination systémique, le sous-emploi ou l'absence d'emploi et l'état de santé mentale (McKenzie, 2006; Raphael, Curry-Stevens et Bryant, 2008; Mawani, 2008).

La santé des immigrants dépend d'une multitude de facteurs qui doivent être mieux compris étant donné leur intersectionnalité (Khanlou et coll., 2002; Oxman-Martinez et coll., 2005), qui a des conséquences sur les politiques.

5.0 RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES

Conceptualiser la santé mentale des immigrants
Beiser (2005) affirme que les paradigmes courants concernant les immigrants influencent les politiques en matière de santé[5]. Les approches conceptuelles permettant d'étudier la santé des immigrants doivent aussi tenir compte non seulement des différents facteurs agissant à titre de variables, mais aussi de la façon et des circonstances entourant « l'activation » des différents facteurs déterminants (Bergin, Wells, et Owen, 2008). Il faut réexaminer les paradigmes traditionnellement utilisés pour expliquer la santé des immigrants (comme l'effet de l'immigrant en bonne santé ou le paradigme morbidité-mortalité) (Dunn et Dyck, 2000) à la lumière des résultats à plus long terme et de l'hétérogénéité des immigrants en tenant compte du genre, de l'âge, du statut d'immigrant et des antécédents historiques avant l'immigration des immigrants (Alati et coll., 2003; Beiser, 2005; Salant, 2003).

Bien que des sous-groupes de migrants comme les réfugiés ou ceux qui ont un statut précaire courent de plus grands risques de développer des problèmes de santé mentale (Khanlou et Guruge, 2008; McGuire et Georges, 2003; DesMeules et coll., 2005; Oxman-Martinez et coll., 2005; Simich, Wu, et Nerad, 2007), la résilience et l'ingéniosité des immigrants doivent aussi faire partie de l'analyse (Simich et coll., 2005; Khanlou, 2008; Waller, 2001). Ils ont des conséquences particulières sur les politiques, puisque le centre d'intérêt du discours doit porter sur les « bénéficiaires de services dans le besoin » plutôt que sur les immigrants (Simich et coll., 2005 : 265). Il faut aussi reconnaître leur capacité à survivre en surmontant d'énormes obstacles. Cette modification des attitudes a des conséquences pratiques sur la façon dont les employeurs considéreront les nouveaux arrivants comme des employés potentiels. S'ils considèrent que les nouveaux venus peuvent s'adapter et qu'ils sont résilients plutôt que la cause de problèmes sociaux (Simich et coll., 2005), alors il sera peut-être possible de favoriser leur entrée sur le marché du travail.

---

[5] Le paradigme de l'immigrant malade tire ses origines des 16e et 17e siècles lorsque les Européens, qui voyageaient dans certaines parties de l'Amérique du Nord, transmettaient souvent la rougeole, la variole et d'autres maladies (Beiser, 2005 : S31). Cette idée que les immigrants propagent des maladies est demeurée bien présente jusqu'au milieu du siècle dernier et elle a influencé les politiques publiques anti-immigration des gouvernements (Beiser, 2005 : S32). D'un autre côté, le paradigme de l'immigrant en bonne santé, qui est axé sur la bonne santé, la force et la résilience des immigrants, a aussi été intégré au contexte politique et économique à un certain moment. Toutefois, Beiser souligne qu'aucun de ces paradigmes n'explique correctement la complexité de la catégorie d'« immigrant » (par exemple, la santé des réfugiés peut différer de celle des autres immigrants) et qu'ils ne tiennent pas vraiment compte du fait que les pays d'origine des immigrants ont changé avec le temps (Beiser, 2005). Le paradigme d'interaction que Beiser met de l'avant prend en considération de multiples facteurs pour analyser la santé des immigrants : les agents stressants avant et après l'immigration, les caractéristiques génétiques individuelles et les facteurs socioéconomiques plus étendus qui peuvent faciliter les stratégies d'adaptation (Beiser, 2005 : S36).

Les recommandations stratégiques suivantes découlent d'une approche axée sur la promotion de la santé mentale et reconnaissent les interrelations entre les niveaux d'influence micro, méso et macro sur le bien-être mental des immigrants :

Recommandation
Encourager les approches intersectorielles en matière de promotion du bien-être des immigrants entre les systèmes (y compris la santé, les services sociaux, le réétablissement, l'éducation, etc.) en établissant, en améliorant et en coordonnant des partenariats entre ces secteurs.

Recommandation
Favoriser les services de santé mentale communautaires intégrés qui :

- **se penchent sur les déterminants sociaux de la santé mentale des immigrants;**
- **sont adaptés au genre et à l'âge des immigrants;**
- **reconnaissent les défis à surmonter et la résilience des différents groupes d'immigrants (nouveaux arrivants, immigrants, réfugiés, statut précaire).**

Recommandation
Encourager l'éducation et la formation en se concentrant sur les activités suivantes :

- **Organiser des campagnes de sensibilisation sur les systèmes de santé mentale (d'urgence et communautaires) et les moyens d'accéder aux services appropriés visant divers groupes d'immigrants.**
- **Offrir une formation normalisée de qualité aux interprètes culturels.**
- **Offrir une formation aux fournisseurs de services sociaux et de santé ainsi qu'aux étudiants sur la promotion de la santé mentale adaptée à la culture.**

Recommandation
Favoriser les politiques qui éliminent les obstacles à l'intégration économique et sociale des nouveaux arrivants (par exemple, en reconnaissant la formation suivie à l'étranger et le niveau de scolarité)[6].

Recommandation
Encourager la recherche longitudinale et comparative sur le bien-être mental des immigrants qui prend en compte les multiples déterminants de la santé mentale des immigrants au moyen d'approches interdisciplinaires et d'alliances communauté-universités.

[6] L'emploi est reconnu comme étant un important déterminant de la santé (OMS, 2008) et par conséquent, il s'agit aussi d'un facteur essentiel à la bonne santé mentale d'un individu. Non seulement le chômage et le sous-emploi affectent-ils l'individu, mais également sa famille au complet. Plus particulièrement, il arrive que des adolescents intériorisent la frustration et la dépression de leurs parents en l'absence d'un emploi significatif (conclusions préliminaires, Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009).

6.0 EXEMPLES DE PRATIQUES EXEMPLAIRES

De nombreux organismes communautaires au sein des villes canadiennes les plus diversifiées sur le plan ethnique (Toronto, Montréal, Vancouver) ont instauré des programmes efficaces, qui considèrent les services de santé mentale en tenant compte de la diversité culturelle.

Across Boundaries – un centre communautaire spécialisé en santé mentale ethnoraciale – est un de ces organismes. Il adopte une optique de lutte contre le racisme; utilise un modèle holistique de santé mentale axé sur l'interdépendance des aspects spirituels, émotionnels, mentaux, physiques, sociaux, culturels, linguistiques, économiques et environnementaux de la santé qui influencent le bien-être des membres d'une minorité visible (http://www.acrossboundaries.ca/ [en anglais seulement]). En développant la capacité des communautés locales à concevoir des projets, il aide aussi à réduire les disparités et les injustices raciales dans la société.

La **Hong Fook Mental Health Association** travaille aussi auprès des populations racialisées, notamment les communautés cambodgiennes, chinoises, coréennes et vietnamiennes. En se concentrant sur les liens entre les politiques, la recherche et la pratique, leurs programmes incorporent le soutien aux familles, la formation et la promotion de la santé mentale (www.hongfook.ca [en anglais seulement] et Lo et Chung, 2005).

Access Alliance Multicultural Health and Community Services est un autre centre communautaire dont la principale tâche est d'aider les réfugiés et les nouveaux arrivants au Canada. Access Alliance travaille dans une optique anti-oppressive et centrée sur les déterminants sociaux de la santé et engage activement les membres de la communauté dans la recherche par le biais du Peer Researcher Training Program. Ce programme permet aux participants de la communauté de déterminer les enjeux importants dans le domaine de la recherche ainsi que d'augmenter la capacité des utilisateurs engagés comme chercheurs de poursuivre leur travail (http://www.accessalliance.ca [en anglais seulement]).

Women's Health in Women's Hands est aussi un centre de santé communautaire dont le travail est régi par un cadre anti-racisme, féministe, pro-choix et participatif. Il sert la région métropolitaine de Toronto et se concentre sur les femmes noires et les autres femmes membres de minorités visibles. La majorité de leurs programmes sont axés sur le VIH/sida, les soins aux mères et aux enfants ainsi que l'éducation (http://www.whiwh.com/who.htm[en anglais seulement]).

La liste susmentionnée n'est pas limitative et il existe d'autres exemples de pratiques exemplaires partout au Canada.

7.0 CONCLUSION

Deux décennies ont passé depuis la publication du rapport du Groupe d'étude canadien sur les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés accueillis au Canada (Beiser, 1988). Les initiatives communautaires et gouvernementales attestent des progrès qui ont été faits, bien qu'il soit nécessaire de poursuivre le travail intersectoriel.

Même si le Canada s'est bâti une réputation en tant que chef de file en matière de promotion de la santé, il est le seul pays du G8 à ne pas avoir de stratégie en santé mentale. Selon des estimations, 23 milliards de dollars sont dépensés annuellement pour des factures médicales, des incapacités et des congés de maladie au Canada (Globe and Mail, 25 juillet, page A4). La santé mentale, un élément crucial de la santé en général, doit devenir une priorité stratégique au pays. Diverses mesures positives sont déjà prises en ce sens. Dans un rapport de 2006 présenté au Comité sénatorial permanent, l'honorable Michael Kirby recommandait qu'une commission en matière de santé mentale soit créée au Canada. En 2007, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 10 millions de dollars en deux ans et 15 millions par année les deux années suivantes (jusqu'en 2010) pour mettre sur pied la Commission de la santé mentale du Canada (Cabinet du Premier ministre, http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=1807). Dernièrement, le gouvernement a également confirmé l'octroi de 130 millions de dollars sur dix ans à la Commission canadienne de la santé mentale (Santé Canada, 2008).

Parmi les objectifs de la Commission de la santé mentale du Canada se trouvent : faciliter une approche nationale en vue de résoudre les problèmes de santé mentale; être le catalyseur de la réforme des politiques sur la santé mentale et des améliorations dans la prestation de services; contribuer à éliminer la stigmatisation dont sont victimes les Canadiens souffrant de maladie mentale; diffuser des renseignements fondés sur des données probantes sur tous les aspects de la santé et la maladie mentale aux intervenants (Commission de la santé mentale du Canada, http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/LeMHCC.aspx). Plus précisément, à l'aide du marketing social, la campagne de lutte contre la stigmatisation et la discrimination sera axée sur les jeunes de 12 à 18 ans et sur les professionnels de la santé au cours de la première année (Commission de la santé mentale du Canada). La lutte contre la stigmatisation et la discrimination en matière de santé mentale fait également partie des huit objectifs du cadre de travail préliminaire sur un nouveau système. Bien que la stigmatisation puisse se manifester de différentes façons selon le contexte linguistique ou culturel, les personnes souffrant de maladie mentale sont victimes de stigmatisation dans tous les milieux, peu importe sa forme. Ainsi, dans de nombreux contextes linguistiques et culturels, le concept de la santé mentale se résume uniquement à la maladie mentale, à laquelle sont associés des termes péjoratifs, comme « fou » (conclusions préliminaires, Khanlou, Shakya, et Muntaner, CHEO, 2007-2009).

En janvier 2009, la Commission a publié son document « Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada » à titre d'ébauche aux fins de discussion publique. En 2009, l'Institut canadien d'information sur la santé a également publié un document intitulé « Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive. » Le 12 février 2009, le Comité directeur

du groupe de réflexion national sur la promotion de la santé mentale a publié le document « Vers l'épanouissement pour tous : politique de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale pour les Canadiennes et les Canadiens ».

Des reportages médiatiques et des conférences abordent aussi le thème des lacunes entourant les débats publics en matière de santé mentale et de maladie mentale au Canada. Le Globe and Mail a présenté une série d'articles dont le titre était « Canada's Mental Health Crisis » (http://www.theglobeandmail.com/breakdown [en anglais seulement]. Une conférence (tenue à Toronto du 4 au 6 mars 2009), en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada, était axée sur l'intégration de la promotion de la santé mentale et du bien-être (http://www.cliffordbeersfoundation.co.uk/toronto.htm [en anglais seulement]).

Bien que de telles initiatives soient très opportunes et qu'elles contribuent aux efforts visant à assurer la promotion de la santé mentale et du bien-être pour tous les Canadiens, il faut aussi porter une attention particulière à certains sous-groupes précis de la population, comme les immigrants[7]. Compte tenu de la stigmatisation associée à la maladie mentale et des obstacles qui nuisent à l'accessibilité aux soins de santé pour les immigrants (dont il a été question dans le présent document), les campagnes de promotion de la santé mentale devraient se pencher sur les meilleurs moyens d'atteindre des publics variés. Nous espérons que le présent document stratégique constituera une contribution opportune au mouvement plus vaste visant à créer une stratégie nationale en matière de santé mentale, un outil pédagogique favorisant la sensibilisation quant à la promotion de la santé mentale pour les communautés de migrants et un incitatif en ce qui a trait aux initiatives stratégiques encourageant particulièrement le bien-être mental des populations migrantes du Canada.

[7] Un guide de l'organisme Community Resource Connections of Toronto ayant pour titre « Navigating Mental Health Services in Toronto: A Guide for Newcomer Communities » aborde le thème des nouveaux arrivants, de la maladie mentale et de façon d'obtenir de l'aide (http://www.crct.org [en anglais seulement]).

8.0 RÉFÉRENCES CITÉES

Access Alliance Multicultural Health and Community Services. Disponible à l'adresse suivante : http://www.accessalliance.ca

Across Boundaries. Disponible à l'adresse suivante : http://www.acrossboundaries.ca/

Alati, R., Najman, J.M., Shuttlewood, G.J., Williams, G.M. et Bor, W. (2003). Changes in mental health status amongst children of migrants to Australia: a longitudinal study. *Sociology of Health and Illness*, 25(7), 866 à 888.

Ali. J. (2002). La santé mentale des immigrants au Canada. Supplément aux Rapports sur la santé, volume 13, Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue, 1-12.

Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 96(supplément 2), S30-S44.

Beiser, M. (1988). Puis ... la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés. Rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. Ministre des Approvisionnements et Services Canada.

Beiser, M. et Hou, F. (2006). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada. *Social Science and Medicine,* 63, 137 à 150.

Beiser, M., Hou, F., Hyman, I. et Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *American Journal of Public Health, 92*(2), 220 à 227.

Bergin, M., Wells, J.S.G. et Owen, S. (2008). Critical realism: a philosophical framework for the study of gender and mental health. *Nursing Philosophy*, 9, 169 à 179.

Berry, J.W. (2008). Acculturation et adaptation des jeunes immigrants. *Diversité canadienne.* Vol. 6. Nº 2, 56 à 59.

Berry, J.W. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues,* Vol. 57, nº 3, 615 à 631.

Association canadienne pour l'intégration communautaire. (2005). Immigration et handicaps – présenté au Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration, avril 2005.

Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Centre for Health Promotion. (1997). Proceedings *from the International Workshop on Mental Health Promotion*. University of Toronto. In C. Willinsky et B. Pape. (1997). Mental *health promotion*. Social Action Series. Toronto: Association canadienne pour la santé mentale, bureau national.

Citoyenneté et Immigration Canada. (2008 a). *Faits et chiffres 2007- Aperçu de l'immigration : résidents permanents et temporaires.* Disponible à l'adresse suivante : http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2007/glossaire.asp

Citoyenneté et Immigration Canada. (2008 b). *Faits et chiffres 2007- Aperçu de l'immigration : résidents permanents et temporaires*. Document PDF préparé par Recherche et évaluation, Ottawa.

Citoyenneté et Immigration Canada. (2007 a). *Faits et chiffres 2006. Aperçu de l'immigration : résidents permanents et temporaires 2006*.

Citoyenneté et Immigration Canada. (2007 b). *Demande d'asile à titre de réfugié faite au Canada*. Disponible à l'adresse suivante : http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/aucanada/index.asp

Collins, E. (2008). Recognizing Spirituality as a Vital Component in Mental Health Care. Dans Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Community Resource Connections of Toronto. (2007). Navigating Mental Health Services in Toronto: A Guide for Newcomer Communities. Toronto: CRCT.

DesMeules, M., Gold, J., Kazanjian, A., Manuel, D., Payne, J., Vissandjée, B., McDermott, S., et Mao, Y. (2004). New approaches to immigrant health assessment. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health,* 95 (3), I-22 à I-26.

DesMeules, M., Gold, J., McDermott, S., Cao, Z., Payne, J. Lafrance, B., Vissandjée, B., Kliewer, E. et Mao, Y. (2005). Disparities in Mortality Patterns Among Canadian Immigrants and Refugees, 1980-1998: Results of a National Cohort Study. *Journal of Immigrant Health,* Vol. 7, nº 4, 221 à 232.

Dunn, J. et Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51, 1573 à 1593.

Eidem, J. (2008). Séparation des familles : impacts sur les enfants. *INSCAN : l'établissement international au Canada*, vol. 22 (1), 19.

Conférence internationale organisée par la Clifford Beers Foundation en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada. *Étendre nos horizons : porter à l'avant-*

scène la promotion de la santé mentale et du mieux-être. Du 4 au 6 mars 2009. Palais des congrès du Toronto métropolitain.

Fernando, S. (2003). Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry: The Struggle Against Racism. New York : Brunner-Routledge Taylor and Francis Group.

Globe and Mail. Section A4. Le 25 juillet 2008.

Gouvernement du Canada, *Loi sur l'immigration* (1978). *Règlement modifiant le Règlement sur l'immigration de 1978*. Disponible en ligne à l'adresse : http://canadagazette.gc.ca/archives/p2/2001/2001-12-19/html/sor-dors525-fra.html

Guruge, S. et Collins, E. (2008). Emerging Trends in Canadian Immigration and Challenges for Newcomers. Dans : Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Guruge, S., Kanthasamy, P. et Santos, E.J. (2008). Addressing older women's health: A pressing need. Dans : Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Hasset, A. et George, K. (2002). Access to a community aged psychiatry service by elderly from non-English-speaking backgrounds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 623 à 628.

Santé Canada. (2008). *Le gouvernement du Canada confirme le financement de la Commission canadienne pour la santé mentale*. Communiqué, Santé Canada. Disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2008/2008_134-fra.php

Hong Fook Mental Health Association. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] : www.hongfook.ca

Hyman, I. (2004). Setting the stage: reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health,* 95(3), I1-I18.

James, S. et Prilleltensky, I. (2002). Cultural diversity and mental health: towards integrative practice. *Clinical Psychology Review*. 22, p. 1133 à 1154.

Khanlou, N. (2008 a). Immigration et santé mentale. École de la fonction publique du Canada, présentation, Ottawa. Disponible à l'adresse suivante : http://canada.metropolis.net/mediacentre/mediacentre_f.htm

Khanlou, N. (2008 b). Young and new to Canada: Promoting the mental wellbeing of immigrant and refugee female youth. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 6(3), 514-516.

Khanlou, N. (2003). Mental health promotion education in multicultural settings. *Nurse Education Today*, 23(2), 96 à 103.

Khanlou, N. et coll., en cours d'écriture. Social determinants of non-status migrant women's health.

Khanlou, N. et Guruge, S. (2008). Chapter 10: Refugee youth, gender and identity: On the margins of mental health promotion. Dans : Hajdukowski-Ahmed M., Khanlou N., and Moussa H (Eds) Not born a refugee woman: Contesting identities, rethinking practices. Oxford/New York: Berghahn Books (Forced Migration Series).

Khanlou, N., Koh, J. et Mill, C. (2008). Cultural identity and experiences of prejudice and discrimination of Afghan and Iranian immigrant youth. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 6(3), 494-513.

Khanlou, N., Shakya, Y. et Muntaner, C. (2007-2009). Les services de santé mentale pour les jeunes nouveaux patients : exploration des besoins et amélioration de l'accès. Financé par le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados.

Khanlou, N. et Crawford, C. (2006). Post-migratory experiences of newcomer female youth: Self-esteem and identity development. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8(1), 45 à 56.

Khanlou, N., Beiser, M., Cole, E., Freire, M., Hyman, I. et Kilbride, K.M. (2002). *Promotion de la santé mentale des jeunes immigrantes : expériences et estime de soi post-migratoires.* Ottawa, Condition féminine Canada.

Lo, T. et Chung, R.C.Y. (2005). The Hong Fook Experience: Working with Ethnocultural Communities in Toronto 1982-2002. *Transcultural Psychiatry.* Vol 42 (3), 457 à 477.

Mawani, F.N. (2008). Social Determinants of Depression among Immigrant and Refugee Women. Dans Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

McGuire, S. et Georges, J. (2003). Undocumentedness and liminality as health variables. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 185 à 195.

McKenzie, Kwame. (2006). Racial discrimination and mental health. *Psychiatry* 5:11, 383 à 387.

Meadows, L., Thurston, W. et Melton, C. (2001). Immigrant women's health. *Social Science and Medicine*, 52, 1451 à 1458.

Commission de la santé mentale du Canada. Disponible à l'adresse suivante : http://www.mentalhealthcommission.ca/francais/pages/default.aspx

Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada.* Disponible en ligne à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/en/2009/Mental_Health_ENG.pdf

Mulvihill, M.A, Mailloux, L. et Atkin, W. (2001). Améliorer les politiques et la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada. Préparé pour les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Ottawa, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada.

Newbold, B. (2005). Health status and health care of immigrants in Canada: A longitudinal analysis. *Journal of Health Services Research and Policy,* Vol 10, nº 2, 77 à 83.

Cabinet du Premier ministre. (2007). Commission de la santé mentale du Canada – Fiche d'information médias. Disponible à l'adresse suivante : http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=1807

Omidvar, R. et Richmond, T. (2003). Immigrant settlement and social inclusion in Canada. Toronto, Canada: Laidlaw Foundation.

Ornstein, M (2002). Ethno-Racial Inequality in the City of Toronto: An Analysis of the 1996 Census. Tiré le 6 octobre 2006 d'un document consulté à l'adresse suivante [en anglais seulement] : www.city.toronto.on.ca/diversity/pdf/ornstein_fullreport.pdf

Oxman-Martinez, J, Hanely, J, Lucida, L, Khanlou, N, Weerasinghe, S et Agnew, V. (2005). Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status: a baseline for understanding barriers to health. *Journal of Immigrant Health*, 7(4), 247 à 258.

Pan-Canadian Planning Committee for the National Think Tank on Mental Health Promotion. (2009). *Toward Flourishing for All…National Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention Policy for Canadians*. Disponible en ligne à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.utoronto.ca/chp/mentalhealthpdf/National%20Mental%20Health%20Promotion%20and%20Mental%20Illness%20Prevention%20-%20Best%20Adviceon%20a%20Policy%20for%20Canadians.pdf

Portes, A. et Rumbaut, R.G. (2005). Introduction: The Second Generation and the Children of Immigrants Longitudinal Study. *Ethnic and Racial Studies,* Vol. 28, nº 6, 983 à 999.

Raphael, D., Curry-Stevens, A. et Bryant, T. (2008). Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy,* sous presse, doi:10.1016/j.healthpol.2008.03.015.

Sadiq, K.D. (2004). The two-tier settlement system: A review of current newcomer settlement services in Canada. *Ceris Working Paper No. 34.* Toronto: Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/other/CWP34_Sadiq.pdf

Salant, T. et Lauderdale, D.S. (2003). Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Social Science and Medicine*. 57, p. 71 à 90.

Simich, L., Beiser, M., Stewart, M. et Mwakarimba, E. (2005). Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. *Journal of Immigrant Health.* Vol. 7. Nº 4, 259 à 268.

Simich, L., Wu, F. et Nerad, S. (2007). Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Revue canadienne de santé publique* = *Canadian Journal of Public Health*. (98) 5, p. 369 à 373.

Statistique Canada. (2007). *Tendances de l'immigration au Canada.* Disponible à l'adresse suivante : http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/info/immigration-fra.cfm

Statistique Canada. (2006). *Dictionnaire du Recensement de 2006*. Disponible à l'adresse suivante : http://www12.statcan.ca/francais/census06/reference/dictionary/index.cfm

Waller, M.A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290 à 297.

Whitley, R., Kirmayer, L. et Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Revue canadienne de psychiatrie* = *Canadian Journal of Psychiatry*. (51) 4, p. 205 à 209.

Women's Health in Women's Hands. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.whiwh.com/who.htm

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). Rapport final de la Commission des determinants sociaux de la santé. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/social_determinants/final_report/fr/index.html

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale.* Aide-mémoire nº 220. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

Zine, J. (2007). Safe havens or religious 'ghettos'? Narratives of Islamic schooling in Canada. *Race, Ethnicity and Education,* Vol. 10, nº 1, 71 à 92.

ANNEXE 1
BIBLIOGRAPHIE ÉTENDUE

Access Alliance Multicultural Health and Community Services. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.accessalliance.ca

Across Boundaries. Disponible à l'adresse suivante[en anglais seulement] : http://www.acrossboundaries.ca/

Alati, R., Najman, J.M., Shuttlewood, G.J., Williams, G.M. et Bor, W. (2003). Changes in mental health status amongst children of migrants to Australia: a longitudinal study. *Sociology of Health and Illness*, 25(7), 866 à 888.

Ali. J. (2002). La santé mentale des immigrants au Canada. Supplément aux Rapports sur la santé, volume 13, Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue, 1 à 12.

Armstrong, P. (2008). Women's Health: Intersections of Policy, Research, and Practice. Canadian Scholars Press.

Aroian, K. (1993). Mental health risks and problems encountered by illegal immigrants. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 379 à 397.

Barankin T. et Khanlou N. (2007). Growing up resilient: Ways to build resilience in Children and youth. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Beiser, M. (2006). Longitudinal research to promote effective refugee resettlement. *Transcultural Psychiatry,* 43 (1), 56 à 71.

Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 96(supplément 2), S30 à S44.

Beiser, M. (1988). Puis ... la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés. Rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. Ministre des Approvisionnements et Services Canada.

Beiser, M. et Hou, F. (2006). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada. *Social Science and Medicine,* 63, 137 à 150.

Beiser, M. et Stewart, M. (2005). Réduire les disparités sur le plan de la santé : une priorité pour le Canada. (2005). *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 96(supplément 2), S6-S7.

Beiser, M., Hou, F., Hyman, I. et Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *American Journal of Public Health, 92*(2), 220 à 227.

Bergin, M., Wells, J.S.G. et Owen, S. (2008). Critical realism: a philosophical framework for the study of gender and mental health. *Nursing Philosophy*, 9, 169 à 179.

Berry, J.W. (2008). Acculturation et adaptation des jeunes immigrants. *Diversité canadienne.* Vol. 6. N° 2, 56 à 59.

Berry, J.W. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues,* Vol. 57, n° 3, 615 à 631.

Association canadienne pour l'intégration communautaire. (2005). Immigration et handicaps – présenté au Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration, avril 2005.

Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Centre for Health Promotion. (1997). Proceedings from the International Workshop on Mental Health Promotion. University of Toronto. Dans C. Willinsky et B. Pape. (1997). Mental health promotion. Social Action Series. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale, bureau national.

Citoyenneté et Immigration Canada. (2008 a). *Faits et chiffres 2007- Aperçu de l'immigration : résidents permanents et temporaires.* Disponible à l'adresse suivante : http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2007/glossaire.asp

Citoyenneté et Immigration Canada. (2008 b). *Faits et chiffres 2007- Aperçu de l'immigration : résidents permanents et temporaires*. Document PDF préparé par Recherche et évaluation, Ottawa.

Citoyenneté et Immigration Canada. (2007 a). *Faits et chiffres 2006. Aperçu de l'immigration : résidents permanents et temporaires 2006*.

Citoyenneté et Immigration Canada. (2007 b). *Demande d'asile à titre de réfugié faite au Canada*. Disponible à l'adresse suivante : http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/aucanada/index.asp

Collins, E. (2008). Recognizing Spirituality as a Vital Component in Mental Health Care. In, Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Community Resource Connections of Toronto. (2007). *Navigating Mental Health Services in Toronto: A Guide for Newcomer Communities*. Toronto: CRCT.

DesMeules, M., Gold, J., McDermott, S., Cao, Z., Payne, J. Lafrance, B., Vissandjée, B., Kliewer, E., and Mao, Y. (2005). Disparities in Mortality Patterns Among Canadian

Immigrants and Refugees, 1980-1998: Results of a National Cohort Study. *Journal of Immigrant Health,* Vol. 7, nº 4, 221 à 232.

DesMeules, M., Gold, J., Kazanjian, A., Manuel, D., Payne, J., Vissandjée, B., McDermott, S., et Mao, Y. (2004). New approaches to immigrant health assessment. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health,* 95 (3), I-22 à I-26.

Dunn, J. et Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51, 1573 à 1593.

Eidem, J. (2008). Séparation des familles : impacts sur les enfants. *INSCAN : l'établissement international au Canada*, vol. 22 (1), 19.

Conférence internationale organisée par la Clifford Beers Foundation en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada. *Étendre nos horizons : porter à l'avant-scène la promotion de la santé mentale et du mieux-être*. Du 4 au 6 mars 2009. Palais des congrès du Toronto métropolitain

Eyou, M.L., Adair, V. et Dixon, R. (2000). Cultural identity and psychological adjustment of adolescent Chinese immigrants in New Zealand. *Journal of Adolescence,* 23, 531 à 543.

Fernando, S. (2003). Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry: The Struggle Against Racism. New York: Brunner-Routledge Taylor and Francis Group.

Galabuzi, G. (2001). Canada's creeping economic apartheid: The economic segregation and social marginalisation of racialised groups. Toronto: CSJ Foundation.

Ganesan, S. et Janze, T., (2005). Overview of culturally-based mental health care. *Transcultural Psychiatry,* 42 (3), 478 à 490.

Gastaldo D, Andrews GJ et Khanlou N. (2004). Therapeutic landscapes of the mind: Theorizing some intersections between health geography, health promotion and immigration studies. *Critical Public Health*, 14(2), 157 à 176.

Globe and Mail. Section A4. Le 25 juillet 2008.

Gouvernement du Canada, *Loi sur l'immigration* (1978). *Règlement modifiant le Règlement sur l'immigration de 1978*. Disponible à l'adresse suivante : http://canadagazette.gc.ca/archives/p2/2001/2001-12-19/html/sor-dors525-fra.html

Guruge, S. et Collins, E. (2008). Emerging Trends in Canadian Immigration and Challenges for Newcomers. Dans Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Guruge, S., Kanthasamy, P. et Santos, E.J. (2008). Addressing older women's health: A pressing need. Dans : Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Guruge, S. et Khanlou, N. (2004). Intersectionalities of influence: Researching health of immigrant and refugee women. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières = Canadian Journal of Nursing Research*, 36(3), 32 à 47.

Gushulak, B. et MacPherson, D. (2000). Health issues associated with the smuggling and trafficking of migrants. *Journal of Immigrant Health*, 2(2), 67 à 78.

Hajdukowski-Ahmed M., Khanlou N., and Moussa H. (Eds). (2008). Not born a refugee woman: Contesting identities, rethinking practices. Oxford/New York: Berghahn Books (Forced Migration Series).

Hasset, A. et George, K. (2002). Access to a community aged psychiatry service by elderly from non-English-speaking backgrounds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 623 à 628.

Santé Canada. (2008). *Le gouvernement du Canada confirme le financement de la Commission canadienne pour la santé mentale. Communiqué, Santé Canada*. Disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2008/2008_134-fra.php

Santé Canada. (2005). Analyse comparative entre les sexes. Disponible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/gender-sexe/index-fra.php

Hong Fook Mental Health Association. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] : www.hongfook.ca

Hyman, I. (2007). Immigration and health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada. CERIS Working Paper Series, working paper n. 55, Toronto: CERIS.

Hyman, I. (2004). Setting the stage: reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 95(3), I1 à I8.

Hyman, I. (2001). Immigration et santé. Ottawa, Santé Canada.

Hyman, I. et Guruge, S. (2002). A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health, 93, 3, 183 à 187.*

Hyman, I., Guruge, S., Stewart, D.E. et Ahmad, F. (2000). Primary prevention of violence against women. *Women's Health Issues, Vol. 10, nº 6, 288 à 293.*

James, S. et Prilleltensky, I. (2002). Cultural diversity and mental health: towards integrative practice. *Clinical Psychology Review*. 22, pp. 1133 à 1154.

Joubart, N. et Raeburn, J. (1998). Mental health promotion: People, power and passion. *International Journal of Mental Health Promotion*, Inaugural issue, septembre, 15 à 22.

Khanlou, N. (2008 a). Immigration et santé mentale. École de la fonction publique du Canada, présentation, Ottawa. Disponible à l'adresse suivante : http://canada.metropolis.net/mediacentre/mediacentre_f.htm

Khanlou, N. (2008 b). Young and new to Canada: Promoting the mental wellbeing of immigrant and refugee female youth. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 6(3), 514-516.

Khanlou N. (2008 c). Intégration psychosociale au Canada des jeunes racialisés des deuxième et troisième générations. *Diversité canadienne / Canadian Diversity* (numéro spécial). Montréal, Association d'études canadiennes. 6 (2), 54-57.

Khanlou N. (2004). Immigrant youth mental health promotion in transnationalizing societies. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Brazilian Journal of Nursing], 57(1), 11-12.

Khanlou, N. (2003). Mental health promotion education in multicultural settings. *Nurse Education Today*, 23(2), 96 à 103.

Khanlou, N. (2003). Mental health promotion education in multicultural settings. *Nurse Education Today,* 23(2), 96 à 103.

Khanlou, N. et coll., en cours d'écriture. Social determinants of non-status migrant women's health.

Khanlou, N. et Guruge G. (2008). Chapter 10: Refugee youth, gender and identity: On the margins of mental health promotion. Dans : Hajdukowski-Ahmed M., Khanlou N., and Moussa H (Eds) Not born a refugee woman: Contesting identities, rethinking practices. Oxford/New York: Berghahn Books (Forced Migration Series).

Khanlou, N., Koh, J. et Mill, C. (2008). Cultural identity and experiences of prejudice and discrimination of Afghan and Iranian immigrant youth. *International Journal of Mental Health & Addiction.* 6(3), 494-513.

Khanlou, N., Shakya, Y. et Muntaner, C. (2007-2009). Mental health services for newcomer youth: Exploring needs and enhancing access. Funded by Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO.

Khanlou, N. et Crawford, C. (2006). Post-migratory experiences of newcomer female youth: Self-esteem and identity development. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8(1), 45 à 56.

Khanlou, N., Beiser, M., Cole, E., Freire, M., Hyman, I., et Kilbride, M. (2002). Promotion de la santé mentale des jeunes immigrantes : expériences et estime de soi post-migratoires / Mental health promotion among newcomer female youth: Post-migration experiences and self-esteem. Ottawa, Condition féminine Canada / Status of Women Canada. http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/SW21-93-2002F.pdf

Khanlou N. et Hajdukowski-Ahmed M. (1999). Chapter 11: Adolescent self-concept and mental health promotion in a cross-cultural context. In: Denton M, Hajdukowski Ahmed M, O'Connor M, & Zeytinogly I. (Eds) Women's voices in health promotion. (pp. 138-151). Toronto: Canadian Scholars' Press.

Lo, T. et Chung, R.C.Y. (2005). The Hong Fook Experience: Working with Ethnocultural Communities in Toronto 1982-2002. *Transcultural Psychiatry.* Vol 42 (3), 457 à 477.

Mawani, F.N. (2008). Social Determinants of Depression among Immigrant and Refugee Women. In, Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

McGuire, S. et Georges, J. (2003). Undocumentedness and liminality as health variables. *Advances in Nursing Sciences*, 26(3), 185 à 195.

McKenzie, Kwame. (2006). Racial discrimination and mental health. *Psychiatry* 5:11, 383 à 387.

Meadows, L., Thurston, W. et Melton, C. (2001). Immigrant women's health. *Social Science and Medicine*, 52, 1451 à 1458.

Commission de la santé mentale du Canada. Disponible à l'adresse suivante : http://www.mentalhealthcommission.ca/francais/pages/default.aspx

Commission de la santé mentale du Canada. (2009). Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada. Disponible en ligne à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/en/2009/Mental_Health_ENG.pdf.

Mulvihill, M.A, Mailloux, L., & Atkin, W. (2001). Améliorer les politiques et la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada. Préparé pour les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Ottawa, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada.

Nadeau, L. et Measham, T. (2006). Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *Developmental and Behavioural Pediatrics.* 27 (2), p. 145 à ??

Newbold, B. (2005). Health status and health care of immigrants in Canada: A longitudinal analysis. *Journal of Health Services Research and Policy,* Vol 10, nº 2, 77 à 83.

Newbold, K.B. et Danforth, J. (2003). Health status and Canada's immigrant population. *Social Science and Medicine*, 57, 1981 à 1995.

Cabinet du Premier ministre. (2007). Commission de la santé mentale du Canada – Fiche d'information médias. Disponible à l'adresse suivante : http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=1807

Omidvar, R. et Richmond, T. (2003). Immigrant settlement and social inclusion in Canada. Toronto, Canada: Laidlaw Foundation.

Ornstein, M (2002). Ethno-Racial Inequality in the City of Toronto: An Analysis of the 1996 Census. Tiré le 6 octobre 2006 d'un document consulté à l'adresse suivante [en anglais seulement] : www.city.toronto.on.ca/diversity/pdf/ornstein_fullreport.pdf

Oxman-Martinez, J., Hanely, J., Lucida, L., Khanlou, N., Weerasinghe, S. et Agnew, V. (2005). Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status: a baseline for understanding barriers to health. *Journal of Immigrant Health*, 7(4), 247 à 258.

Pan-Canadian Planning Committee for the National Think Tank on Mental Health Promotion. (2009). Toward Flourishing for All…National Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention Policy for Canadians. Disponible en ligne à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.utoronto.ca/chp/mentalhealthpdf/National%20Mental%20Health%20Promotion%20and%20Mental%20Illness%20Prevention%20-%20Best%20Adviceon%20a%20Policy%20for%20Canadians.pdf

Portes, A. et Rumbaut, R.G. (2005). Introduction: The Second Generation and the Children of Immigrants Longitudinal Study. *Ethnic and Racial Studies,* Vol. 28, nº 6, 983 à 999.

Raphael, D. (2004). Social determinants of health: Canadian perspective. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

Raphael, D., Curry-Stevens, A. et Bryant, T. (2008). Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy*, sous presse, doi:10.1016/j.healthpol.2008.03.015.

Rupenthal, L., Tuck, J. et Gagnon, A.J. (2005). Enhancing research with migrant women through focus groups. *Western Journal of Nursing Research*. 27 (6), p. 735 à 754.

Sadiq, K.D. (2004). The two-tier settlement system: A review of current newcomer settlement services in Canada. *Ceris Working Paper No. 34.* Toronto: Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] :
http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/other/CWP34_Sadiq.pdf

Salant, T. et Lauderdale, D.S. (2003). Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Social Science and Medicine*. 57, p. 71 à 90.

Simich, L., Beiser, M., Stewart, M. et Mwakarimba, E. (2005). Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. *Journal of Immigrant Health.* Vol. 7. N° 4, 259-268.

Simich, L., Wu, F. et Nerad, S. (2007). Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*. (98) 5, p. 369 à 373.

Statistique Canada. (2007). Recensement de 2006 : immigration, citoyenneté, langue, mobilité et migration. Le Quotidien : 4 décembre 2007. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/071204/dq071204a-fra.htm

Statistique Canada. (2006). *Tendances de l'immigration au Canada.* Disponible à l'adresse suivante :
http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/info/immigration-fra.cfm

Waller, M.A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290 à 297.

Whitley, R., Kirmayer, L., et Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*. (51) 4, p. 205 à 209.

Women's Health in Women's Hands. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.whiwh.com/who.htm

Organisation mondiale de la Santé. (2008). Rapport final de la Commission des determinants sociaux de la santé. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.who.int/social_determinants/final_report/fr/index.html

Organisation mondiale de la Santé. (2001). Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale. Aide-mémoire n° 220. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2000). Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Wilkinson, R. et Marmot, M. (dir.).

Zine, J. (2007). Safe havens or religious 'ghettos'? Narratives of Islamic schooling in Canada. *Race, Ethnicity and Education,* Vol. 10, nº 1, 71 à 92.

ANNEXE 2
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE ANNOTÉE

Alati, R., Najman, J., Shuttlewood, G., Williams, G. et Bor, W. (2003). Changes in mental health status amongst children of migrants to Australia: a longitudinal study. *Sociology of Health and Illness.* (25) 7, pages 866 à 888.

Cet article rapporte les conclusions d'une étude longitudinale qui a débuté en 1981 à Brisbane, en Australie, sur les antécédents de mères et d'enfants venus d'Europe et d'Asie du Sud-Est. Il ne semblait y avoir aucune différence importante quant à la santé mentale de la seconde génération d'enfants de parents immigrants comparativement à leurs homologues australiens. En fait, l'extériorisation de problèmes d'agression et de délinquance a augmenté avec le temps pour atteindre des niveaux comparables à ceux des enfants australiens du même âge.

Les auteurs traitent également de l'influence des trois paradigmes dominants sur la compréhension de la santé des immigrants : l'hypothèse migration-morbidité, l'effet de l'immigrant en bonne santé et l'effet de transition. Le premier, l'approche migration-morbidité, suppose que l'état de santé (mentale) des immigrants est moins bon que celui de la population d'accueil en raison des changements et de l'acculturation qu'ils doivent subir pour s'adapter à leur nouvelle société ainsi que des expériences traumatisantes qu'ils ont pu vivre avant leur immigration et qui pourraient avoir favorisé la détérioration de leur état de santé. Cependant, l'effet de l'immigrant en bonne santé suppose que seuls les immigrants qui sont en bonne santé sont sélectionnés pour venir au pays ou que seuls ceux qui sont en bonne santé et qui sont capables d'immigrer dans le pays d'accueil choisissent de le faire. L'effet de transition, quant à lui, souligne le fait qu'avec le temps, la santé des immigrants devient de plus en plus semblable à celle de la population du pays d'accueil.

Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*. 96 (supplément 2), S30-S44.

Dans cet article, Beiser commente les deux paradigmes (les paradigmes de l'immigrant en bonne santé et de l'immigrant malade) qui ont dominé les recherches sur la santé des immigrants au cours du dernier siècle. Il soutient que ces deux paradigmes sont inadéquats puisqu'ils écartent tous deux d'importants éléments et qu'ils ne prennent pas en considération les prédispositions génétiques et les facteurs socio-environnementaux. Il affirme aussi que les pays sources d'où sont originaires les immigrants ont commencé à changer un peu avant les années 1970 et que ces modifications se poursuivent aujourd'hui. Puisque la plupart des études proposent des analyses transversales plutôt que des analyses longitudinales, il y a toujours un danger de confondre le temps et l'effet de cohorte. Il situe aussi ces paradigmes dans leur contexte socio-historique.

Beiser propose plutôt un modèle interactif permettant de comprendre la santé des immigrants qui tient compte des dispositions génétiques ainsi que des facteurs sociaux et environnementaux. Cette dernière catégorie comprend entre autres des facteurs comme les expériences avant et après l'immigration, les traumatismes et les agents

stressants ainsi que les ressources individuelles et communautaires. Le paradigme relatif à l'interaction est particulièrement utile pour comprendre le lien entre l'état de santé des immigrants et un vaste ensemble de facteurs, plutôt que pour tenter de généraliser l'état de santé des immigrants perçu à leur arrivée au pays. Il permet aussi d'analyser les différents statuts des immigrants qui arrivent au pays (comme l'état de santé et le statut des réfugiés, qui peuvent grandement différer de ceux des immigrants).

Enfin, il défend l'idée de procéder à une analyse multidimensionnelle et de porter une attention particulière à l'âge et au genre à titre de facteurs influençant le réétablissement ainsi qu'à l'utilisation de mesures appropriées sur le plan culturel.

Beiser, M. et Hou, F. (2006). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada. *Social Science and Medicine.* 63, p. 137 à 150.

Cet article présente les conclusions d'une étude portant sur 647 réfugiés de la mer d'Asie du Sud-Est. Les répondants devaient remplir un questionnaire sur divers sujets comme : l'identité ethnique, les données démographiques et relatives à l'emploi, la langue parlée, les expériences de discrimination et l'affect dépressif. L'article replace les conclusions dans le contexte des réactions changeantes des Canadiens envers les réfugiés et du paradigme de l'assimilation segmentée (p. 138) et démontre comment des identifications variées peuvent avoir un effet positif ou négatif sur la santé mentale.

Les conclusions révèlent que les personnes qui s'identifient très fort à leur ethnicité courent un risque plus élevé de souffrir de détresse psychologique si elles sont victimes de discrimination ou si elles en sont témoins. Cette situation s'explique par le fait que les expériences de discrimination rappellent constamment le statut marginal des minorités ethniques. Cependant, le contraire est aussi vrai en ce qui concerne l'assimilation de la langue. Les gens qui ont une forte identité ethnique et ne se débrouillent pas très bien en anglais sont moins à risque de souffrir de détresse psychologique, puisque leur solide identité les amène à ne pas avoir l'impression qu'il est plus important d'apprendre l'anglais que de se souvenir de sa langue maternelle.

Bergin, M., Wells, J.S.G. et Owen, S. (2008). Critical realism: a philosophical framework for the study of gender and mental health. *Nursing Philosophy*. 9, p. 169 à 179.

Cet article applique l'approche philosophique du réalisme critique pour réexaminer le genre et la santé mentale. Le réalisme critique (RC), comme l'expliquent les auteurs, sous-entend que les sciences naturelles et sociales peuvent partager une épistémologie et une ontologie similaires. De plus, le RC occupe une position liminale entre le constructivisme et le positivisme. En d'autres termes, le RC en tant qu'approche se penche sur les questions relatives à « l'Être » (ontologie) et à la théorie de la « connaissance » (épistémologie). Les constructivistes ont tendance à tout relativiser, alors que les positivistes se concentrent presque exclusivement sur ce qui est vérifiable d'un point de vue empirique. Le RC soutient plutôt qu'en commençant par analyser ce qui existe (en séparant ce qui est réel, actuel et empirique), il est possible de comprendre

les niveaux de différenciation et de stratification dans le monde naturel et social ainsi que la manière dont ils interagissent.

Lorsqu'il est appliqué au genre et à la santé mentale, le RC peut mettre en évidence les facteurs qui entraînent certains états (en santé mentale), mais aussi aider à comprendre l'influence de ces différents facteurs et la manière dont ils sont « activés » ainsi que les conditions qui s'y rattachent (p. 172). Les auteurs utilisent l'exemple de l'eau qui est composée de molécules d'hydrogène et d'oxygène, mais dont les propriétés de chaque élément ne permettent pas d'imaginer le résultat obtenu lorsqu'ils sont combinés, soit de l'eau. En ce qui a trait à la santé mentale, les auteurs montrent comment le RC peut permettre l'exécution d'analyses à différents niveaux, sans cause ou explications réductionnistes (positivisme) ou relativistes (constructionnisme), tout en facilitant l'élaboration de théories au-delà des connaissances actuelles ou basées uniquement sur ce qu'il est possible de décrire en termes précis. Ils expliquent cette théorie en montrant comment les définitions liées aux troubles mentaux changent constamment avec le temps.

Collins, E. (2008). Recognizing Spirituality as a Vital Component in Mental Health Care. Dans Guruge, S. and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada: Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Collins traite de la dominance de la médecine allopathique dans les sociétés occidentales, qui n'utilise pas une approche holistique de la relation entre le corps, l'esprit et l'âme, mais qui traite plutôt les maladies selon un modèle biomédical faisant appel aux médicaments ainsi qu'aux chirurgies comme traitements. L'importance de la spiritualité pour de nombreuses communautés d'immigrants tend aussi à être marginalisée dans ce modèle biomédical. L'auteur fait la différence entre la spiritualité et la religion, où cette dernière constitue un système de croyances mieux organisé et où elle est liée au patriarcat dans bon nombre de sociétés. La spiritualité est un modèle beaucoup plus abstrait qui englobe la relation de l'individu avec l'univers qui l'entoure (p. 91). Des études ont aussi associé un bon état de santé à la religion et à la spiritualité.

Les immigrantes peuvent aussi croire fermement que certains de leurs problèmes ont une origine spirituelle et que les praticiens soient d'accord ou non, ils doivent en tenir compte pendant le traitement sans automatiquement étiqueter la personne et lui prescrire des médicaments.

Collins souligne aussi l'importance de l'approche intégrant la spiritualité aux soins de Jean Watson (p. 97). Par conséquent, comme les expériences migratoires des femmes sont variées (y compris les migrations violentes et forcées) et malgré leur résilience, leurs expériences individuelles et leurs perceptions doivent être prises en considération dans les soins médicaux administrés après leur immigration.

DesMeules, M., Gold, J., Kazanjian, A., Manuel, D., Payne, J., Vissandjée, B., McDermott, S., et Mao, Y. (2004). New approaches to immigrant health assessment. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health.* 95 (3), p. I-22 à I-26.

Cet article présente les résultats d'une initiative de recherche pancanadienne concernant l'utilisation des services de santé et la mortalité chez les immigrants canadiens (définis par catégorie d'immigrants, notamment les réfugiés, les immigrants économiques et les immigrants familiaux), au moyen de bases de données en santé. En général, il semble que les immigrants récents sous-utilisent le système de santé. Toutefois, il n'est pas indiqué si ce phénomène est dû à des besoins moindres ou à des barrières sociétales et culturelles. Cette recherche corrobore aussi l'idée de « l'effet de l'immigrant en bonne santé », mais encore une fois, il est possible que ce soit dû au biais de sélection ou à des limites méthodologiques. La recherche devrait avoir pour but d'améliorer l'accès aux services de santé pour les immigrants récents ainsi que de mieux comprendre les disparités en santé entre les populations et de les régler.

DesMeules, M., Gold, J., McDermott, S., Cao, Z., Payne, J. Lafrance, B., Vissandjée, B., Kliewer, E., et Mao, Y. (2005). Disparities in Mortality Patterns Among Canadian Immigrants and Refugees, 1980-1998: Results of a National Cohort Study. *Journal of Immigrant Health,* Vol. 7, nº 4, 221 à 232.

Cet article analyse les résultats d'une étude nationale des cohortes qui démontre que dans l'ensemble, les immigrants ont un taux de mortalité toutes causes confondues moins élevé que la population canadienne en général (p. 221), mais que leur taux de mortalité est plus élevé lorsqu'il est question d'AVC, de diabète, de certaines maladies infectieuses et de cancers. Les résultats indiquent aussi que le taux de mortalité diffère d'une région d'origine à l'autre et qu'il est généralement plus élevé chez les réfugiés que chez les autres immigrants. Les auteurs soutiennent que ces résultats confirment la nécessité de concevoir des mesures adaptées et documentées pour les populations d'immigrants hétérogènes.

Dunn, J.R. et Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*. 51, 1573 à 1593.

Les auteurs utilisent les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population pour analyser les différences entre les Canadiens et les immigrants en ce qui a trait à l'état de santé, à l'utilisation des soins de santé ainsi qu'aux différences entre les immigrants européens et d'ailleurs de même qu'entre ceux qui habitent le pays depuis plus de 10 ans ou depuis moins longtemps. Ils se penchent sur la santé de la population et suggèrent que les facteurs les plus importants pour la santé humaine sont des facteurs sociaux et économiques plutôt que médicaux et comportementaux.

Bien que les résultats ne montrent aucun lien particulier entre les facteurs socioéconomiques et les caractéristiques de l'état de santé des immigrants, les auteurs affirment que rien ne prouve que les facteurs socioéconomiques n'ont aucune incidence

sur la modification de l'état de santé des immigrants. En fait, ils soutiennent plutôt le contraire; que dans certains de leurs calculs quant à la régression, des facteurs socioéconomiques semblent influencer davantage certaines variables pour les immigrants que pour les non-immigrants.

Guruge, S. et Collins, E. (2008). Emerging Trends in Canadian Immigration and Challenges for Newcomers. Dans, Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Dans ce premier chapitre du livre, les éditeurs mettent en évidence de nouvelles tendances démographiques en immigration. Ils commencent en donnant des définitions de différentes catégories d'immigrants et de réfugiés, attirant l'attention sur les différences qui prévalent entre les genres. En ce qui concerne l'éducation, les immigrants comme les immigrantes tendent à avoir un niveau de scolarité plus élevé que leurs homologues nés au Canada (p. 6) toutefois, le pourcentage d'immigrantes ayant une M.A. ou un Ph. D. est plus élevé que celui des immigrants (p. 6).

Les femmes immigrent pour diverses raisons, mais comme les gens supposent qu'elles suivent simplement leurs proches parents de sexe masculin, il n'existe que peu d'information sur les processus migratoires des femmes (Delaet; Gastaldo et coll., 2004, p. 7 du livre). Finalement, les auteurs mentionnent aussi les déterminants sociaux de la santé qui sont plus susceptibles de causer la dépression chez les immigrantes, y compris le racisme et la discrimination, l'isolement, les barrières linguistiques ainsi que les environnements de travail non sécuritaires, malpropres et abusifs (p. 12).

Hasset, A. et George, K. (2002). Access to a community aged psychiatry service by elderly from non-English-speaking backgrounds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17, p. 623 à 628.

Cet article présente les conclusions d'une étude comportant un examen s'échelonnant sur 12 mois des renvois à un service communautaire de psychiatrie pour personnes âgées d'Australie. Même si la population de l'Australie est relativement jeune selon les normes des pays occidentaux, le nombre d'aînés immigrants allophones au pays augmente. Des études menées en Australie montrent que les groupes d'immigrants sous-utilisent les services de santé mentale, mais il y a des différences entre les divers groupes ethniques. Le nombre de renvois d'aînés européens était proportionnel à la répartition de ceux-ci dans la population locale, cependant, les aînés en provenance d'Asie et ceux n'ayant jamais habité en Europe étaient sous-représentés.

Hyman, I. (2007). Immigration and health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada. CERIS Working Paper Series, document de travail n° 55, Toronto : CERIS.

Ce document de travail traite des résultats d'un nouvel examen de la documentation (5 ans plus tard) relativement à un rapport antérieur commandé par Santé Canada sur la santé des immigrants canadiens. Les données probantes montrent qu'il y a bien un

« effet de l'immigrant en bonne santé », mais que certains sous-groupes d'immigrants présentent des taux plus élevés en ce qui a trait à certains cancers, au diabète et aux maladies du coeur. Ces données indiquent le rôle que jouent les prédispositions génétiques et d'autres facteurs environnementaux ou acculturatifs dans ces différences. L'auteur souligne aussi que beaucoup de questions demeurent sans réponse au sujet de la relation entre l'immigration et la santé, en particulier en ce qui concerne l'existence des disparités en santé fondées sur le sexe, le genre, l'origine ethnique et la migration.

James, S. et Prilleltensky, I. (2002). Cultural diversity and mental health: towards integrative practice. *Clinical Psychology Review*. 22, p. 1133 à 1154.

Les auteurs font valoir l'importance d'intégrer la philosophie, les antécédents, les expériences et les considérations pragmatiques de la culture pour traiter les patients dans le domaine de la santé mentale. La culture joue un rôle essentiel dans la santé mentale puisqu'elle influence les afflictions que vivent les gens (p. 1134). Les auteurs soutiennent que le fait de comprendre les aspects philosophiques (quelle est la vision de ce qu'est une bonne personne, une bonne vie, de bonnes valeurs), contextuels (quelles sont les normes sociales, culturelles, religieuses et morales qui prévalent et comment elles influencent la conceptualisation de la santé mentale), expérientiels (quelles sont les lacunes à combler) et pragmatiques (qu'est-il possible de faire pour combler les lacunes dans le contexte d'une communauté en particulier) propres à une communauté culturelle précise peuvent permettre d'offrir des traitements mieux adaptés sur le plan culturel. Les auteurs montrent aussi que traditionnellement, la psychologie clinique a trempé dans un contexte culturel nord-américain qui tend à être axé sur l'individualisme et l'objectivité de la thérapie ainsi que sur différentes suppositions concernant la santé psychologique et la pathologie qui peuvent être particulièrement pertinentes ou non dans d'autres contextes culturels. Les auteurs travaillent aussi selon une approche écologique en utilisant des niveaux d'analyse micro, méso et macro. Ils présentent leur approche par le biais d'exemples de leurs travaux en collaboration avec les immigrants portugais.

Khanlou, N. et Guruge S. (2008). Chapter 10: Refugee youth, gender and identity: On the margins of mental health promotion. Dans : Hajdukowski-Ahmed M., Khanlou N., and Moussa H. (Eds) Not born a refugee woman: Contesting identities, rethinking practices. Oxford/New York : Berghahn Books (Forced Migration Series).

Ce chapitre examine les aspects propres au bien-être mental et à l'identité des jeunes réfugiées. Les auteurs donnent des statistiques pertinentes sur les réfugiés en général ainsi que sur ceux du Canada et placent leur analyse dans le contexte des périodes pré-migratoire, migratoire et post-migratoire. Ils se penchent sur les risques encourus par les adolescentes réfugiées en tenant compte du fait que leur identité fait partie de leur bien-être mental et que leur déplacement à titre de réfugiée peut avoir une incidence négative sur le développement de leur identité. Ils soulèvent finalement différentes questions afin d'orienter d'autres travaux de recherche en la matière, principalement en ce qui concerne l'influence du stress psychologique que vivent habituellement les réfugiés sur l'identité des jeunes réfugiées.

Khanlou, N., Beiser, M., Cole, E., Freire, M., Hyman, I., et Kilbride, M. (2002). Promotion de la santé mentale des jeunes immigrantes : expériences et estime de soi post-migratoires /Mental health promotion among newcomer female youth: Post-migration experiences and self-esteem. Ottawa, Condition féminine Canada /Status of Women Canada. http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/SW21-93-2002F.pdf

Ce rapport est fondé sur les conclusions d'une étude qui analysait les questions liées à la promotion de la santé mentale pour les jeunes nouvelles arrivantes fréquentant une école secondaire (tiré du résumé). Les conclusions indiquaient que les jeunes femmes ont une notion dynamique d'elles-mêmes qui est influencée par différents facteurs, notamment les parents, les amis, les questions systémiques et le manque de maîtrise de l'anglais. Les auteurs avancent 15 recommandations stratégiques (liées à l'éducation, la santé et les services sociaux, le réétablissement et les suggestions entre systèmes). Ils soulignent aussi trois principes sous-jacents pouvant, en partie, orienter les initiatives politiques et les stratégies de promotion de la santé mentale s'adressant aux jeunes nouvelles arrivantes (p. vi). Ces principes mettent de l'avant les idées à savoir que la promotion de la santé mentale doit comprendre la participation des jeunes; que les connaissances de la majorité des jeunes étudiants ne s'appliquent pas nécessairement aux autres groupes; et finalement, qu'étant donné les multiples facteurs qui influencent le développement des jeunes nouvelles arrivantes, les approches doivent être exhaustives et être intersectorielles entre les systèmes (p. vi).

Mawani, F.N. (2008). Social Determinants of Depression among Immigrant and Refugee Women. Dans Guruge, S., and Collins, E. (Eds). (2008). Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Dans cet article, Mawani émet des recommandations sur la manière de traiter la dépression chez les immigrantes et les réfugiées. Les femmes présentent souvent des taux plus élevés de dépression que les hommes en général et les immigrants, mais la santé mentale des minorités visibles est généralement meilleure que celle des minorités non visibles. Mawani soutient que ces portraits de la santé mentale des minorités visibles ne tiennent pas compte de la durée du séjour au pays, du statut d'immigrant, du genre ni des comparaisons interethniques (p. 72). Des données indiquent aussi que les réfugiés courent un risque élevé de faire une dépression (p. 72). Parmi les déterminants sociaux (les conditions sociales dans lesquelles les populations vivent et travaillent p. 67) qui ont un effet sur l'état dépressif des immigrantes et des réfugiées se trouvent : un faible soutien social, la discrimination et une baisse du statut socioéconomique. Tous ces déterminants peuvent priver une femme de son pouvoir autonome en affectant son estime de soi et son sentiment de contrôle, en particulier si ces déterminants sont combinés, et par conséquent, augmenter le risque de dépression chez cette personne (p. 82).

Comme mentionné précédemment, des facteurs psychosociaux et matériels peuvent entraîner la dépression. Mawani émet les recommandations suivantes : établir des partenariats et des collaborations avec des organismes communautaires ethno-culturels, les rejoindre et communiquer avec eux; s'attaquer à la discrimination et s'occuper du

statut socioéconomique ainsi que du soutien social relatifs aux immigrantes et aux réfugiées tout en encourageant les changements systémiques et le dépistage en ce qui a trait aux risques.

McGuire, S. et Georges, J. (2003). Undocumentedness and liminality as health variables. *Advances in Nursing Science*. 26 (3), p. 185 à 195.

Cet article présente les résultats du travail qualitatif sur le terrain auprès de femmes autochtones d'Oaxaca qui ont traversé la frontière entre le Mexique et les États-Unis. Les auteurs situent la santé dans le contexte général des liens qui la rattachent à la migration transnationale mondiale et à la mondialisation néolibérale. En utilisant la métaphore de la liminalité, les auteurs démontrent comment la position précaire des personnes qui traversent la frontière peut entraîner un « poids allostatique » (accumulation de risques biologiques associés à une hyperexcitation persistante p. 190). Leur statut de sans-papiers occasionne un stress constant à ces femmes.

Les auteurs indiquent aussi que la pratique des soins infirmiers ou la praxie doit provenir d'un milieu favorisant l'émancipation et cherchant à établir des liens entre le contexte mondial et local.

Oxman-Martinez, J., Hanley, J., Lach, L., Khanlou, N., Weerasinghe, S. et Agnew, V. (2005). Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status: A baseline for understanding barriers to health. *Journal of Immigrant Health*. Vol. 7, nº 4, 247 à 258.

Cet article analyse les divers obstacles concomitants qui nuisent à l'accessibilité aux soins de santé pour les immigrantes. Les auteurs soutiennent que le statut précaire (légal : membre d'une famille parrainé, résident temporaire, aide familial résidant et illégal : sans document d'immigration légal, que ce soit à cause de l'expiration des documents, de la migration clandestine ou de la traite de personnes p. 248) entraîne un risque pour les femmes. Les barrières politiques et socio-culturelles primaires et secondaires empêchent l'accès équitable aux soins de santé pour les immigrantes. Il faut s'attaquer à ces obstacles multiples en étudiant le genre, la race et l'origine ethnique en fonction de leur contexte ainsi que de leurs interactions plutôt qu'individuellement.

Raphael, D., Curry-Stevens, A. et Bryant, T. (2008). Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy*, sous presse, doi:10.1016/j.healthpol.2008.03.015.

Les auteurs répondent aux critiques selon lesquelles le Canada aurait du chemin à faire dans les domaines de la pauvreté des enfants et des familles ainsi que de la discrimination contre les groupes autochtones et les femmes, malgré sa réputation de chef de file en matière de promotion de la santé. Il existe trois principales raisons : a) la dominance épistémologique des approches positivistes dans les sciences de la santé, b) la dominance de l'idéologie de l'individualisme en Amérique du Nord et c) l'influence croissante des principes de l'économie du marché sur l'élaboration des politiques publiques.

Les auteurs soulignent la différence entre deux approches en matière d'élaboration de politiques - « le pluralisme » (notion selon laquelle les politiques dépendent de débats et d'idées publics) et « le matérialisme » (notion selon laquelle les politiques dépendent d'une élite ou de personnes puissantes qui cherchent à satisfaire leurs propres intérêts, p. 3).

En contextualisant les déterminants sociaux de la santé dans l'optique de l'État (différents modèles d'État providence) et des approches susmentionnées, les auteurs montrent comment l'éducation, la motivation et l'activation sont nécessaires pour mettre les DSS en pratique. Pour ce faire, ils citent également des exemples de réussites de pays scandinaves.

Salant, T. et Lauderdale, D.S. (2003). Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Social Science and Medicine*. 57, p. 71 à 90.

Cet article compare la documentation dans le domaine de l'acculturation, plus précisément en ce qui a trait aux populations asiatiques dans les pays occidentaux accueillant des immigrants, et de trois domaines de la santé : la santé mentale, la santé physique et l'utilisation des services de santé. L'article examine de façon éclairée les concepts et les mesures liés à l'acculturation ainsi que les difficultés relatives à l'établissement de comparaisons entre les diverses populations asiatiques. Les auteurs analysent aussi dans quelle mesure les critiques sur la mesure de l'acculturation au sein de communautés hispaniques peuvent aussi s'appliquer aux communautés asiatiques. Ils affirment que la documentation au sujet de l'acculturation (en particulier lorsque les données d'une échelle de mesure unique sont utilisées) ne rend pas toujours compte de la nature complexe du stress associé à l'immigration (p. 73). Les effets sur la santé des domaines d'acculturation distincts doivent être étudiés et de manière générale, il est essentiel que les modèles d'acculturation aident à comprendre les multiples interrelations entre l'acculturation et l'état de santé, y compris le genre et les expériences historiques des groupes ethniques (identification biculturelle ou identification culturelle orthogonale, plutôt que des modèles d'acculturation linéaires ou unidirectionnels, p. 77).

Simich, L., Wu, F., et Nerad, S. (2007). Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Revue canadienne de santé publique* = *Canadian Journal of Public Health*. (98) 5, p. 369-373.

Les auteurs rapportent les conclusions d'un projet de recherche comportant des entrevues et des groupes de consultation auprès de fournisseurs de services et de décideurs dans trois villes importantes du Canada (Toronto, Vancouver et Edmonton) au sujet du soutien social en tant que déterminant de la santé pour les immigrants et les réfugiés. Les résultats montraient que le soutien social est considéré comme un élément important de l'état de santé pour les immigrants et les réfugiés, mais que sa définition et sa signification varient selon les personnes qui ont besoin des services. Parmi les formes de soutien mentionnées fréquemment par les répondants se trouvent : le soutien informationnel, instrumental et émotionnel (p. 262).

Les obstacles discursifs systémiques et publics qui ont des conséquences négatives sont également mis en évidence. Les travaux de recherche font valoir qu'il est nécessaire d'adopter une approche plus holistique axée sur la coordination des services (plutôt que sur la fragmentation actuelle), d'améliorer la gouvernance (atteindre l'équilibre entre les réalités associées à la prestation de services sociaux et les produits et résultats escomptés) et de modifier le discours public quant aux contributions des immigrants (p. 259) qui tient compte de la résilience des nouveaux arrivants plutôt que de simplement les considérer comme des « bénéficiaires de services dans le besoin » (p. 265).

Simich, L., Wu, F., and Nerad, S. (2007). Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Canadian Journal of Public Health*. (98) 5, p. 369 à 373.

Cet article décrit une étude sur les immigrants irréguliers et sur la sécurité en matière de santé, pour laquelle 11 entrevues détaillées semi-structurées ont été menées auprès des clients d'Access Alliance, un centre de santé communautaire de Toronto. Les auteurs définissent les immigrants irréguliers comme étant ceux qui n'ont pas de statut protégé au Canada, y compris les visiteurs dont le visa est arrivé à échéance; les demandeurs d'asile en attente de la détermination de leur statut et ceux dont la demande a été rejetée et qui restent au Canada sans autorisation en attendant d'être déportés ou qui utilisent d'autres procédures lorsque l'appel judiciaire est impossible (p. 369). L'étude avait pour but de comprendre comment le fait de vivre avec un statut irrégulier affecte le bien-être mental et l'intégration sociale.

Contrairement à l'image stéréotypée des réfugiés qui « tirent profit » du système, la plupart de ces personnes fournissent des efforts considérables pour vivre des vies productives et contribuer à leur société d'accueil sur le plan économique. Toutefois, la majorité d'entre eux n'ont pas le soutien social nécessaire pour y arriver, ce qui a une énorme incidence négative sur leur santé mentale, en particulier pour les enfants.

Waller, M.A. (2001). Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*. 71 (3), p. 290 à 297.

L'auteure examine le concept de résilience et montre qu'il faut le comprendre dans un contexte éconosystémique et non seulement un contexte individuel, comme tend à le faire la psychologie développementale. Un cadre éconosystémique tient compte de la personne et de sa relation avec sa famille élargie, ainsi que de facteurs familiaux, communautaires, culturels, ethniques et spirituels.

Mme Waller souligne la nécessité de tenir compte du genre, de la race et de l'origine ethnique en tant que variables et soutient que la relation entre les êtres humains et l'adversité n'est ni linéaire ni unidirectionnelle (p. 294). Pour ce faire, elle examine l'évolution du concept de résilience et décrit les facteurs de risque et de protection en cause.

Whitley, R., Kirmayer, L., et Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Revue canadienne de psychiatrie* = *Canadian Journal of Psychiatry*. (51) 4, p. 205-209.

Cet article concerne une étude menée auprès de quinze immigrants antillais vivant à Montréal qui n'utilisaient pas les services de santé mentale, mais qui ont rapporté des symptômes somatiques et des problèmes de santé mentale. Au moyen d'entrevues, les chercheurs ont déterminé trois raisons considérables expliquant l'utilisation peu fréquente des services de santé mentale. Le fait que les patients considèrent que les médecins utilisent trop les médicaments pharmaceutiques pour contrer les maladies mentales; qu'au cours d'une visite antérieure, les patients avaient eu l'impression que le médecin était dédaigneux et qu'il n'avait pas de temps à leur accorder, ce qui les avait dissuadés d'y retourner; et, dans une certaine mesure, leur croyance que Dieu et des médecines alternatives ont un meilleur pouvoir de guérison constituaient les principales raisons données. Les répondants n'ont pas mentionné le racisme comme raison pour expliquer le recours peu fréquent aux services, mais il se peut qu'ils aient hésité à le faire puisque les chercheurs étaient de race blanche. Les auteurs affirment que ces conclusions peuvent être utilisées pour réduire les disparités dans l'utilisation des services de santé.