



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Arguments en faveur de la diversité

Favoriser l'amélioration des services
de santé mentale pour les immigrants,
les réfugiés et les groupes ethnoculturels
ou racialisés

À L'INTENTION DE LA
COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

D^r Kwame McKenzie
D^{re} Branka Agic
Andrew Tuck
Michael Antwi

Première édition, octobre 2016



This document is available in English.

Ce document est disponible au commissionsantementale.ca

RÉFÉRENCE RECOMMANDÉE : Commission de la santé mentale du Canada. Arguments en faveur de la diversité, Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés Ottawa (Ontario) 2016.

© Commission de la santé mentale du Canada, 2016.

Les vues exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-036-6

Dépôt légal Bibliothèque nationale du Canada

Table des matières

INTRODUCTION	5
TERMINOLOGIE	6
LA DIVERSITÉ RACIALE, ETHNIQUE ET CULTURELLE DU CANADA	7
LE CONTEXTE ACTUEL	9
MÉTHODOLOGIE	9
EXAMEN DE LA LITTÉRATURE CANADIENNE	10
Taux de problèmes de santé mentale, de maladies mentales et de toxicomanies	10
Facteurs de risque et de protection	10
Sécurité/victimisation/exposition à la violence	11
Santé mentale et toxicomanie chez les parents	12
Sécurité et insécurité alimentaire	12
Fardeau des proches aidants	12
Utilisation des services	13
Accessibilité des services	13
Interaction entre le fournisseur de services et le patient	13
Difficultés circonstanciées	13
Langue	13
Stigmatisation	14
Peur	14
DONNÉES PROBANTES SUR DES PRATIQUES PROMETTEUSES	14
Pratiques et cadres internationaux	15
Cadres prometteurs	15
Pratiques prometteuses tirées de la littérature internationale	15
Pratiques canadiennes dignes d'intérêt	18
ANALYSE ÉCONOMIQUE	20
Analyse de la littérature internationale	20
Analyse des données secondaires - étude de cas en Ontario	20
CONCLUSION	22

RÉFÉRENCES	23
ANNEXES	32
Annexe A : Méthodologie	33
Annexe B : Cadres internationaux pour les pratiques prometteuses	34
Annexe C : Recension des pratiques prometteuses internationales	39
Annexe D : Pratiques canadiennes d'intérêt	51

Introduction



Le Canada est l'un des pays les plus diversifiés au monde. Près de 20 % de ses habitants sont nés dans à l'étranger et environ la même proportion appartient à des populations racialisées. En moyenne, ce sont plus de 200 000 immigrants et quelque 25 000 réfugiés qui foulent le sol canadien chaque année^{1,2}.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a ouvert la voie en reconnaissant la nécessité d'offrir des services mieux adaptés aux besoins de l'ensemble de la population canadienne. En 2008, la CSMC a en effet entrepris un examen critique de la capacité du système de santé mentale à répondre aux besoins diversifiés des immigrants, des réfugiés et des groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER). En 2009, le Groupe de travail sur la diversité, qui avait été formé pour étudier les enjeux et les possibilités d'amélioration des services destinés aux populations IRER, a publié le rapport *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés – Enjeux et options pour l'amélioration des services (Enjeux et options)*³. Ce rapport examine de près les facteurs démographiques du Canada, les taux de maladies mentales dans les populations IRER, les obstacles dans l'accès aux soins et les facteurs sociaux se répercutant sur la santé mentale. Des données probantes mises de l'avant dans ce document révèlent que les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés du Canada sont plus exposés aux déterminants sociaux connus pour contribuer aux problèmes de santé mentale et aux maladies mentales; qu'ils font moins souvent appel aux services de santé mentale; et que leur accès à ces services est entravé par de nombreux obstacles³. Le rapport présente 16 recommandations visant à améliorer les services de santé mentale prodigués aux populations IRER, tout en encourageant les responsables des orientations politiques à s'appuyer sur des preuves et des données locales pour planifier et offrir des services flexibles et orientés vers la population, en collaboration avec les partenaires, les collectivités et les personnes ayant vécu l'expérience de la maladie mentale.

En 2012, la CSMC a publié un document intitulé *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (la Stratégie)*⁴, qui ciblait l'amélioration des services offerts aux différentes populations du Canada parmi ses six orientations stratégiques visant à transformer le système de santé mentale. Toutefois, les stratégies provinciales et fédérales adoptées par la suite ne se penchent généralement pas en profondeur sur les besoins des populations IRER⁵. Au moment de l'analyse documentaire effectuée dans le cadre du présent rapport, la seule stratégie provinciale qui avait défini des initiatives précises et donné la priorité à des services culturellement adaptés et sûrs pour les immigrants et les réfugiés était la stratégie de l'Alberta en matière de toxicomanie et de santé mentale⁶.

En automne 2014, la CSMC a jugé qu'il était temps de faire valoir des arguments économiques et sociaux pour un investissement accru dans des services de santé mentale diversifiés et adaptés sur les plans culturel et linguistique. Reprenant le flambeau du Groupe de travail sur la diversité, le projet *Arguments en faveur de la diversité* a été mis sur pied conjointement par des chercheurs du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et du Wellesley Institute, en partenariat avec le Centre d'échange des connaissances de la CSMC.

D'autres pays, à l'instar du Canada, ont réalisé des progrès considérables au chapitre de leurs connaissances sur l'amélioration de la santé mentale dans les populations IRER. Le présent rapport étudie ces connaissances et ces données probantes et les compare au

Le projet *Arguments en faveur de la diversité* s'intéresse uniquement aux populations IRER et n'inclut pas les Premières nations, les Inuits et les Métis (PNIM). Bien que ces deux groupes de population aient en commun certaines expériences de racialisation et de discrimination, des processus de colonisation passés et présents ont donné lieu à un ensemble unique de circonstances qui influent fortement sur la santé mentale des PNIM au Canada. Des mesures particulières, conçues à l'échelle locale et adaptées aux réalités culturelles sont requises pour répondre aux besoins en matière de santé mentale et de bien-être des PNIM. Nous reconnaissons les différences significatives entre ces deux populations et ne traitons pas de ce sujet ici.

contexte canadien. Il offre également aux fournisseurs de soins directs, aux planificateurs de services et aux responsables des orientations politiques les connaissances et les outils nécessaires pour élaborer des services de santé mentale diversifiés, compétents et appropriés sur le plan culturel pour les populations IRER⁴. Préconisant une approche d'équité en matière de santé, le projet Arguments en faveur de la diversité s'appuie sur des revues de la littérature et des analyses coût/bénéfice à jour et présente un éventail de pratiques dignes d'intérêt en usage au Canada. Sur la base des plus récentes données probantes, il démontre le besoin pressant de créer des services mieux adaptés aux populations IRER et propose des solutions pour améliorer les services existants.

CE RAPPORT CONTIENT :

1. Une analyse des études canadiennes ayant exploré la santé mentale des immigrants, des réfugiés et des groupes ethnoculturels ou racialisés au Canada.
2. Des pratiques prometteuses visant à améliorer les services offerts aux populations IRER.
3. Une évaluation économique de l'utilisation des services de santé mentale par les populations IRER.

On ne saurait trop insister sur les profondes répercussions que peuvent avoir les circonstances dans lesquelles les gens vivent, travaillent et évoluent, de même que l'éventail plus vaste de forces et de structures agissant sur leur vie – les déterminants sociaux de la santé – sur leur santé mentale et leur bien-être⁷. Ces déterminants sociaux peuvent, d'une part, accroître ou réduire le risque qu'une personne souffre d'un problème de santé mentale ou d'une maladie mentale et, d'autre part, influencer sur l'accès à des soins de santé mentale adaptés et adéquats. Pour diverses raisons, les populations IRER sont touchées de manière disproportionnée par les déterminants sociaux qui minent la santé mentale et rencontrent plusieurs obstacles lorsqu'ils tentent d'obtenir les services dont ils ont besoin. Les données probantes et les pratiques prometteuses présentées dans ce rapport montrent que le système de santé mentale du Canada doit impérativement combler les besoins des populations IRER, et ce, de façon rapide, adéquate et collaborative. En misant sur l'engagement de ses dirigeants, sur un alignement stratégique des services et sur l'allocation de ressources additionnelles, le système de santé mentale du Canada pourra commencer à répondre aux besoins diversifiés de tous les habitants du pays.

Terminologie

Ce rapport présente des arguments en faveur de l'amélioration des soins de santé mentale prodigués aux populations IRER. La décision de regrouper ces populations en une même catégorie découle largement des données et des preuves disponibles. Le besoin de recherches en santé mentale et de données plus spécifiques à des populations particulières constitue une préoccupation qui n'est pas directement abordée dans ce rapport, bien qu'il en soit question dans le rapport Enjeux et options. Plus particulièrement, la relation entre la race ou le statut de minorité visible et les résultats en matière de soins de santé est peu documentée au Canada; en outre, l'état actuel de la recherche ne permet pas de distinguer adéquatement les résultats en santé mentale et les besoins des personnes racialisées nées au Canada de ceux des immigrants ou des réfugiés racialisés. Trop peu d'études portent sur les multiples différences à l'intérieur des groupes d'immigrants et de personnes racialisées et sur la manière dont ces différences se répercutent sur les résultats en matière de santé mentale. Par exemple, il conviendrait d'examiner de plus près les résultats en fonction du pays d'origine ou de la génération. Plusieurs études regroupent les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés, ce qui peut générer un portrait inexact des taux de maladies mentales et de problèmes de santé mentale et des besoins en matière de services des différents groupes de population³. Pour cette raison, le rapport Enjeux et options recommande aux provinces de recueillir des données sur la taille et les besoins en santé mentale de ses populations IRER et de planifier ses services en fonction de ces données.

Par souci de clarté, les termes qui sont employés tout au long de ce rapport sont définis ci-dessous.

TERMES COURANTS

Immigrants

Un immigrant est une personne née à l'extérieur du Canada qui a obtenu le droit de résider au Canada en permanence⁸.

Réfugié

Un réfugié est une personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors de tout pays dont elle a la nationalité et ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de chacun de ces pays⁹.

Tout au long du rapport, le terme « réfugiés » est utilisé pour décrire tant les réfugiés au sens de la convention (personnes acceptées comme réfugiés au Canada) que les demandeurs d'asile en attente d'une décision de la part du gouvernement canadien.

Ethnoculturel est un groupe

Un groupe ethnoculturel est un groupe dont les membres ont une origine et des traits culturels communs⁸.

Racialisé

Le terme « racialisé » a remplacé des termes inappropriés comme « minorité raciale », « minorité visible », « personne de couleur » et « non-blanc »¹⁰. Cette expression considère la race comme une construction sociale. Le terme « racialisé » est utilisé tout au long du rapport, sauf dans les cas faisant référence à des articles ou des sources employant une terminologie différente (minorité visible, Noir, Blanc, hispanique, caucasien, sud-asiatique, etc.). Dans ces cas, nous avons utilisé les termes préconisés dans ces publications.

Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent ainsi que l'éventail plus vaste de forces et de structures influant sur la vie quotidienne⁷.

La diversité raciale, ethnique et culturelle au Canada

Le Canada voue un intérêt soutenu aux initiatives susceptibles d'améliorer la santé des populations IRER. Sa prospérité, sa croissance et sa force sont intimement liées à la diversité de sa population. L'immigration, moteur de sa croissance démographique, est essentielle pour stimuler l'économie et remplacer la génération du baby-boom, le plus important groupe de population du Canada, qui quitte progressivement le marché du travail. De 2001 à 2011, toutes les provinces et tous les territoires ont connu une hausse considérable de l'immigration¹¹. En moyenne, ce sont plus de 200 000 immigrants et quelque 25 000 réfugiés qui arrivent au Canada chaque année, ce qui place le Canada au premier rang des pays du G8 pour la proportion d'habitants nés à l'étranger, avec 20,6 %^{1.2.12}.

Au cours des dernières décennies, le portrait de l'immigration au Canada a varié. La proportion d'immigrants venant d'Europe, qui atteignait 90 % en 1961, a chuté à 15 % en 2011-2012. Des données récentes révèlent que plus de 200 groupes ethniques sont représentés au sein de la population canadienne¹². Seulement le tiers de ces personnes se sont déclarés Canadiens (10,6 millions) lors du recensement de 2011. Parmi les groupes ethniques européens, on compte une vaste population allemande (3,2 millions de personnes), italienne (1,5 million), ukrainienne (1,2 million), néerlandaise (1 million) et polonaise (1 million). Les personnes racialisées forment une importante proportion de la population canadienne¹³, et leur nombre n'a cessé de croître ces dernières années (figure 1)^{14.15}. Près de 20 % de la

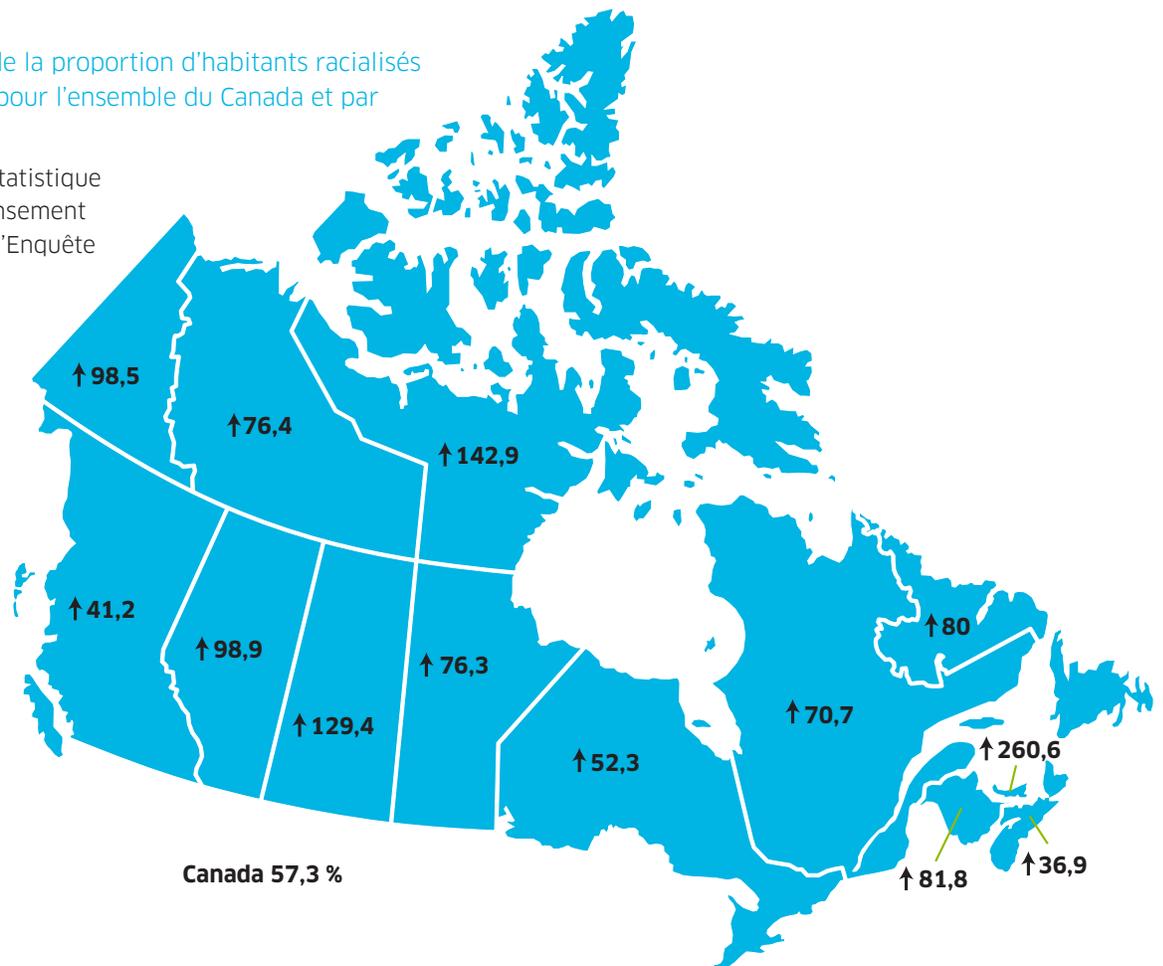
population dit faire partie d'un groupe racialisé; de ce nombre, 61 % se définissent comme Sud-Asiatique, Chinois ou Noir. Les individus d'origine sud-asiatique (1,6 million) composent le plus grand groupe racialisé au Canada¹².

La diversité linguistique ajoute à la diversité ethnoculturelle du Canada. Dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, plus de 200 langues ont été déclarées comme langue parlée à la maison ou langue maternelle¹⁵, dont les deux langues officielles du Canada (le français et l'anglais), des langues autochtones et d'autres. Le français est la première langue officielle de 7,7 millions de Canadiens (23,2 % de la population), et 5,8 millions de Canadiens maîtrisent les deux langues officielles du pays^{16,17}. De plus, 6,8 millions de Canadiens (20,6 % de la population) ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais¹⁵.

Dans l'ensemble, les immigrants qui arrivent au Canada sont en meilleure santé mentale et physique que les personnes nées au Canada; cet « effet de l'immigrant en bonne santé » disparaît toutefois après sept ans. Les recherches montrent que les immigrants appartenant à des groupes racialisés et les réfugiés sont particulièrement à risque que leur santé se dégrade peu après leur arrivée au pays¹⁸⁻²⁰. Des rapports internationaux, qui signalent des taux plus élevés de maladie mentale et de toxicomanie et une utilisation plus limitée des services par les populations IRER, viennent corroborer les données canadiennes relatives aux immigrants racialisés et aux membres de groupes ethnoculturels nés au Canada²¹. De toute urgence, le Canada doit mettre en place des services de santé mentale répondant aux besoins de ces groupes démographiques s'il entend favoriser la diversité de sa population.

Figure 1 : Variation de la proportion d'habitants racialisés entre 2001 et 2011, pour l'ensemble du Canada et par province/territoire.

*Source: Données de Statistique Canada tirées du recensement de 2001; données de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 sur les groupes ethnoculturels racialisés^{14,15}



Le contexte actuel

En raison de la mondialisation et des migrations à l'échelle planétaire, de nombreux pays à revenu élevé doivent désormais mettre en place des systèmes de soins de santé mentale adaptés à des populations de plus en plus diversifiées. Dans ces pays, des disparités ont été constatées sur les plans des facteurs de risque, des taux de maladies mentales, de l'utilisation des services et des résultats entre les groupes ethnoculturels ou racialisés et la population générale. Les taux de problèmes de santé mentale sont souvent plus faibles dans les groupes IRER que dans la population générale. Toutefois, on constate des taux élevés d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) et de troubles mentaux courants (anxiété, dépression) chez les réfugiés; en outre, le risque de toxicomanie et de suicide est accru dans certains groupes d'immigrants de deuxième et de troisième génération^{22,23}. Chez les membres de populations IRER aux prises avec des problèmes de santé mentale, l'utilisation des services de santé est faible, bien que généralement en hausse. La faible utilisation de services de santé en général pourrait dissimuler une utilisation de services plus intensifs et coûteux, comme les services aux hospitalisés (soins prodigués aux patients à l'hôpital ou dans un autre établissement) et les services d'urgence.

Afin de mieux servir les populations IRER, les services et les systèmes de santé mentale doivent pleinement intégrer les pratiques qui permettent d'efficacement réduire les écarts entre les populations et d'éliminer les iniquités en matière de santé dans le secteur visé. L'approche fondée sur l'équité en matière de santé convient particulièrement bien à la planification des services, puisqu'elle cible les disparités évitables en matière de santé et de prestation de services de santé d'une population à l'autre. En agissant sur les déterminants sociaux de la santé et en élaborant des services sûrs, accessibles et adaptés sur le plan culturel qui répondent aux besoins en santé mentale des populations IRER, les systèmes peuvent réduire les écarts constatés dans les taux de maladies et les résultats en matière de santé.

Méthodologie

Les méthodes de recherche adoptées dans le cadre du projet Arguments en faveur de la diversité sont précisées à l'annexe A. Nous avons effectué trois analyses documentaires, une analyse secondaire de données existantes et lancé un appel national de pratiques prometteuses.

La première analyse documentaire a mis au jour des articles revus par des pairs sur la santé mentale et la toxicomanie chez les populations IRER entre janvier 2009 et décembre 2014. La deuxième analyse regroupait des études canadiennes et internationales sur des pratiques exemplaires, prometteuses ou émergentes visant à soutenir, gérer ou concevoir des programmes destinés aux membres de populations IRER aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie publiées entre janvier 2000 et décembre 2014. La troisième analyse documentaire ciblait des articles, publiés jusqu'en mai 2015, sur l'utilisation des services de santé mentale par les populations IRER et les coûts engendrés par cette utilisation dans les pays à revenu élevé.

L'équipe du projet Arguments en faveur de la diversité a également effectué une analyse secondaire de données existantes sous la forme d'une étude descriptive rétrospective dans le but d'évaluer le coût rattaché à l'utilisation de services de santé mentale par les immigrants et les réfugiés en comparaison avec le coût pour les non-immigrants en Ontario.

Une fois l'information compilée, des consultations ont été menées à Vancouver, Calgary, Ottawa, Toronto et Halifax pour valider la pertinence de l'information recueillie et pour examiner diverses approches de transposition des connaissances potentielles.

TAUX DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, DE MALADIES MENTALES ET DE TOXICOMANIES

Les taux de problèmes de santé mentale varient considérablement à l'intérieur des différentes populations IRER et au sein même de certains sous-groupes. Il est probable que ces variations reflètent les écarts dans l'exposition aux facteurs de risque sociaux et dans les effets de ces derniers sur certaines populations en particulier et sur certains sous-groupes au sein de ces populations.

Avant 2009, la plupart des recherches étudiaient les taux de problèmes de santé mentale chez les immigrants en général, sans s'attarder aux différences liées au pays d'origine ou entre les générations. Si les travaux plus récents continuent de comparer les immigrants aux non-immigrants, ils présentent aussi des analyses plus fines des groupes ethnoculturels et racialisés. Ces données démontrent qu'il n'existe pas de modèle unique quant aux taux de maladies mentales dans les populations IRER du Canada.

Le projet ciblait des publications primaires de 2009 à 2014 révélant les taux de maladies mentales et de toxicomanies dans les populations IRER du Canada, particulièrement la dépression et l'anxiété. Certaines études signalaient que les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés considérés dans leur ensemble affichaient des taux de problèmes de santé mentale plus faibles que la population générale et les populations non immigrantes²⁴⁻³⁰. Toutefois, des analyses plus poussées montraient que ces taux variaient d'un sous-groupe IRER à l'autre.

Ces données font ressortir l'importance de fonder la planification des services aux populations IRER sur des données locales et des évaluations des besoins.

Les articles recensés portaient également sur les enjeux décrits ci-dessous.

1. Les circonstances sont importantes : un même groupe peut présenter des taux différents selon la situation.

- Les demandeurs d'asile qui étaient détenus dans des centres de surveillance de l'immigration à leur arrivée au Canada affichaient des taux considérablement plus élevés d'ÉSPT (31,97 %), de dépression (77,87 %) et d'anxiété (63,11 %) que les demandeurs d'asile n'ayant jamais été détenus (18,18 % pour l'ÉSPT; 51,52 % pour la dépression; 46,97 % pour l'anxiété)³¹. Même une courte détention faisait varier ces taux (durée de détention médiane de 17,5 jours)³¹.

2. Les différences au sein d'un même groupe ou d'un groupe à l'autre sont fréquentes dans les populations IRER du Canada.

- Selon une étude sur les jeunes (16 à 25 ans) en Colombie-Britannique²⁷, la consommation tout au long de la vie de cannabis, d'alcool et de drogues associées aux boîtes de nuit (ecstasy, champignons magiques, gammahydroxybutyrate [GHB], kétamine) était comparable chez les jeunes Chinois et Asiatiques du sud, mais les jeunes venant de l'Asie de l'Est et du Sud-Est étaient quatre fois plus susceptibles que les jeunes Chinois de déclarer une consommation de drogues associées aux boîtes de nuit tout au long de leur vie²⁷.
- Tandis que les immigrants rapportaient généralement des taux de problèmes de santé mentale plus faibles, une étude a révélé que le taux de diagnostic d'anxiété était significativement plus élevé chez les immigrants de l'Asie du Sud (3,44 %) que dans la population sud-asiatique née au Canada (1,09 %)³².

3. Le temps passé au Canada a une incidence : les taux de maladies mentales au sein des différentes populations varient selon le temps vécu au Canada.

- Des réfugiés vivant en Alberta depuis un à six ans déclaraient une santé mentale améliorée par rapport au moment de leur arrivée au Canada³³.
- Les immigrants récemment arrivés au Canada étaient moins susceptibles de déclarer une dépression que les immigrants qui y résidaient depuis plus longtemps, dont le taux déclaré se rapprochait davantage de celui des personnes nées au Canada^{34,35}. Plus longtemps les immigrants avaient résidé au Canada, plus leur risque de souffrir d'un trouble de l'humeur était élevé, même si ce risque finissait par se stabiliser³⁶.

Des analyses de recherches canadiennes montrent que tous les groupes d'immigrants ne sont pas en meilleure santé que les personnes nées au Canada au moment de leur immigration³⁷; aussi, la détérioration de la santé mentale au fil du temps varie d'un groupe à l'autre³⁸. Autrement dit, il n'existe pas de modèle unique : selon les circonstances dans lesquelles ils vivent et le temps qu'ils ont passé au Canada, les différents groupes IRER présentent des taux de maladies différents³⁹. Les identités et les expériences de ces différentes populations ainsi que l'interaction de ces facteurs et leur impact sur la santé mentale doivent être étudiés de façon plus approfondie. Ce chevauchement des identités sociales dont se réclament les individus et de celles que la société leur attribue est souvent appelé « intersectionnalité »^{40,41}. La littérature scientifique accorde de plus en plus d'importance à ce facteur. Les services et les fournisseurs de services doivent tenir compte de ces intersections et du fait que personne ne possède une seule et unique identité. Ainsi, il ne s'agit pas de généraliser les soins de qualité, mais plutôt de reconnaître les intersections et la fluidité des identités⁴⁰⁻⁴² et de tenir compte de la relation entre les professionnels de la santé et les clients ainsi que de leur « position sociale » (position dans la société d'un individu selon sa race, son sexe, son statut socioéconomique, ses capacités, sa religion, son orientation sexuelle, etc.) respective⁴¹⁻⁴⁷. De surcroît, des données locales et à jour doivent être recueillies continuellement afin de déterminer les taux de maladies mentales et de toxicomanie dans les différentes populations IRER.

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Les facteurs sociaux liés à la santé mentale, aussi appelés les déterminants sociaux, peuvent soit accroître soit réduire le risque qu'une personne souffre d'un problème de santé mentale ou d'une maladie mentale³. Les membres des populations IRER sont plus susceptibles que la population générale d'être exposés à des facteurs sociaux augmentant la probabilité qu'ils souffrent d'une maladie mentale ou de toxicomanie. En outre, ils pourraient être touchés par de nouveaux déterminants sociaux qui concernent rarement les personnes ne faisant pas partie des populations IRER. L'exposition accrue aux effets négatifs des déterminants sociaux de la santé pourrait augmenter les risques de souffrir de problèmes de santé mentale et d'obtenir des résultats plus faibles aux traitements. Enfin, bien que cette section porte essentiellement sur les risques, il importe de souligner que chaque déterminant social peut également agir comme facteur de protection.

Le rapport Enjeux et options a dressé une liste de 15 déterminants sociaux extraits de travaux de recherche canadiens (voir encadré). Trois de ces facteurs touchent uniquement les populations IRER : les problèmes liés à la migration, la discrimination perçue et la langue³.

Des travaux plus récents ont allongé la liste des principaux déterminants. Les nouveaux facteurs de risque les plus souvent étudiés sont les suivants :

1. Sécurité/victimisation/exposition à la violence⁴⁸⁻⁵¹
2. Santé mentale et toxicomanie chez les parents⁵²⁻⁵⁶
3. Sécurité et insécurité alimentaire^{32,34,57-59}
4. Fardeau des proches aidants/santé des membres de la famille^{60,61}

Si ces quatre facteurs de risque ne sont pas exclusifs aux populations IRER, ces dernières sont néanmoins plus susceptibles d'y être exposées³. Ces facteurs pourraient avoir une incidence d'autant plus notable qu'ils interagissent entre eux et avec d'autres déterminants énumérés dans le rapport *Enjeux et options*.



Déterminants sociaux de la santé dans le rapport *Enjeux et options*³

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

Sécurité/victimisation/exposition à la violence

L'exposition à la violence constitue une problématique de santé majeure en raison de ses effets physiques et psychologiques immédiats et de ses répercussions à long terme sur la santé. Les personnes qui résident dans un secteur où le taux de criminalité est élevé ou qui sont victimes de violence (conjugale ou en lien avec des activités criminelles) courent un risque fortement accru de souffrir d'anxiété chronique, de dépression et de toxicomanie et d'avoir des pensées suicidaires⁶²⁻⁶⁵. Le stress généré par des attentes non réalisées; un statut social amoindri; le défaut de satisfaire aux attentes culturelles; l'habitude d'éviter de révéler un problème de santé mentale par peur de la honte ou par manque de soutien social touche les immigrants et les réfugiés de façon disproportionnée, par ailleurs, cela risque de détériorer les relations interpersonnelles, ce qui peut alimenter la violence et les problèmes de santé mentale^{50,51}. Une étude canadienne a signalé un taux de violence psychologique conjugale plus élevé chez les femmes ayant récemment immigré que chez les femmes nées au Canada⁶⁶.

Santé mentale et toxicomanie chez les parents

Les problèmes de toxicomanie ou de santé mentale des parents pourraient se répercuter sur la santé mentale de leurs enfants⁶⁷⁻⁷⁰. Les problèmes de santé mentale pourraient aussi affaiblir la capacité des parents à soutenir leurs enfants, engendrant une plus grande vulnérabilité au stress et une santé mentale plus précaire chez ceux-ci⁵⁵. La peur et la stigmatisation associées aux problèmes de santé mentale de leurs parents pourraient représenter un lourd fardeau pour les enfants.

Sécurité et insécurité alimentaire

Selon les articles scientifiques étudiés dans cette analyse, une personne vit dans l'insécurité alimentaire lorsqu'elle n'a pas régulièrement accès ou qu'elle a un accès incertain à des aliments adéquats, sûrs et nutritifs ou que son apport alimentaire est insuffisant^{34,58}. L'insécurité alimentaire a été associée à une santé mentale affaiblie dans la population générale⁷¹⁻⁷³. Certaines populations IRER sont menacées d'insécurité alimentaire pour diverses raisons, dont la pauvreté, le chômage et le manque de soutien social. Le recensement de 2006 révèle que le taux de pauvreté chez les personnes racialisées atteignait 22 %, contre 11 % dans l'ensemble de la population canadienne, et cet écart n'a fait que s'accroître depuis⁷⁴. Par exemple, le nombre de familles racialisées vivant dans la pauvreté à Toronto a grimpé de 362 % entre 1980 et 2000⁷⁴, ce qui signifie qu'une portion croissante de la population racialisée du Canada est menacée d'insécurité alimentaire. Les nouveaux immigrants forment l'un des groupes les plus susceptibles de faire face à la pauvreté au Canada, et les réfugiés sont plus susceptibles de vivre en situation de faible revenu chronique que toute autre catégorie d'immigrants^{75,76}. Plusieurs recherches se sont intéressées à l'expérience de l'insécurité alimentaire au sein des populations IRER^{32,34,57-59}. L'une d'elles a montré que les immigrants récents vivant dans l'insécurité alimentaire étaient moins susceptibles de signaler des problèmes de santé mentale que les non-immigrants vivant dans l'insécurité alimentaire³⁴. À l'inverse, une étude sur les immigrants d'Asie du Sud a révélé que les membres de ce groupe vivant dans l'insécurité alimentaire étaient presque trois fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur que les immigrants d'Asie du Sud jouissant de sécurité alimentaire³².

Fardeau des proches aidants

Les personnes prodiguant des soins à un membre de leur famille aux prises avec un problème de santé mentale ou une maladie mentale en subissent des répercussions considérables sur les plans émotionnel et physique⁷⁷. Le fardeau des proches aidants pourrait toutefois être encore plus écrasant dans certaines populations IRER en l'absence de réseaux de soutien élargis. Il est également possible qu'ils soient confrontés à des attentes culturelles difficilement réalisables ou à des problèmes de santé précis faisant l'objet de stigmatisation. Dans l'ensemble, les proches aidants au Canada signalent des niveaux élevés de stress en lien avec les exigences de leur rôle, et ces exigences peuvent accroître le risque qu'eux-mêmes se retrouvent avec des problèmes de santé mentale⁷⁷. Le fardeau des proches aidants est associé à la dépression dans les familles des populations IRER⁶¹.

UTILISATION DES SERVICES

Cette section a pour but de dresser un portrait global des données probantes existantes sur les obstacles auxquels les populations IRER font face. Des recherches plus poussées sont requises pour déterminer les obstacles aux services de santé mentale propres aux différentes populations. Par exemple, les demandeurs d'asile, les immigrants récemment arrivés au pays et les personnes racialisées nées au Canada pourraient être confrontés à différents obstacles aux soins de santé mentale méritant d'être étudiés plus en profondeur. Les groupes IRER demandent moins souvent de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale que l'ensemble de la population canadienne⁷⁸⁻⁸⁵. S'appuyant sur des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, une étude comparant des Canadiens ayant connu un épisode dépressif majeur a révélé que les participants qui s'identifiaient comme Noirs, Sud-Asiatiques ou appartenant à un sous-groupe composé de répondants japonais, chinois et coréens étaient respectivement 60 %, 85 % et 74 % moins susceptibles de requérir un traitement que les participants qui s'identifiaient comme Blancs⁸¹. L'accès aux soins de même que l'aiguillage vers les soins requis et l'attente avant de recevoir ces soins se répercutent fortement sur les résultats du traitement⁸⁶. De récents travaux de recherche ont ciblé six obstacles potentiels qui empêchent les gens de demander de l'aide :

1. Accessibilité des services
2. Interaction entre le fournisseur de services et le patient
3. Difficultés circonstancielle
4. Langue
5. Stigmatisation
6. Peur

Accessibilité des services

De nombreux facteurs liés à l'accessibilité des services actuels font obstacle aux populations IRER. De ceux-ci, l'incompatibilité culturelle des services est le plus pertinent^{7,83,87-89}. Parmi les autres entraves souvent invoquées, on retrouve les longues listes d'attente^{81,87,88,90}, les procédures compliquées d'utilisation des services^{87,90}, la pénurie de professionnels de la santé (particulièrement dans les collectivités rurales)^{83,88,89,91} et les heures restrictives où les services sont disponibles⁹².

Interaction entre le fournisseur de services et le patient

Au chapitre de la relation patient-fournisseur de services, le plus grand obstacle auquel les membres de la population IRER sont confrontés est le manque de temps disponible pour discuter avec leur professionnel de la santé^{50,87,92,93}. Dans certains cas, cette lacune donne lieu à une sous-estimation de la gravité de la maladie par le professionnel de la santé, à un lien personnel trop faible entre le patient et le fournisseur de soins ou à un manque de sensibilité du professionnel à l'historique et aux expériences du patient^{7,50,87,92,93}. Enfin, bien des membres des populations IRER n'ont pas l'habitude de la distance sociale maintenue par plusieurs professionnels de la santé au Canada⁹².

Difficultés circonstancielle

Les difficultés circonstancielle englobent des défis comme les transports, les coûts imprévus (contraintes financières, problèmes avec l'assurance), la météo, l'isolement et les exigences concurrentes (emploi, responsabilités personnelles et familiales)^{50,81,89,92,94-96}. Ces obstacles sont peut-être plus fréquemment associés aux enfants et aux personnes âgées, qui dépendent d'autres membres de leur famille et dont les problèmes de santé mentale peuvent être relégués à un rang de priorité inférieur en raison de facteurs de stress plus pressants^{92,95}.

Langue

Lorsque l'anglais ou le français ne sont pas la langue maternelle, il devient plus ardu de véhiculer le message voulu, de comprendre des instructions, de lire des prescriptions et d'interpréter le jargon médical dans l'une de ces deux langues. La maîtrise de la langue est un obstacle de taille pour certains membres des populations IRER, et pas uniquement pour les immigrants et les réfugiés récents^{50,87-89,92,94,97-99}. Il est crucial qu'une personne qui demande de l'aide soit en mesure de communiquer dans la langue de son choix^{87,89,90,98-101}.

Stigmatisation

Dans la plupart des cultures, les problèmes de santé mentale et les maladies mentales font l'objet de stigmatisation. Il n'est pas rare qu'ils soient considérés comme une honte pour la personne et sa famille^{7,90,98,101,102}. Pour cette raison, les personnes concernées pourraient retarder leur recherche d'aide et refuser d'accepter la réalité de leur problème^{95,98}. La volonté de dissimuler leur état ou le besoin de confidentialité en vue d'éviter le jugement des autres membres de la communauté pourraient également les empêcher de demander de l'aide^{7,98}. Certaines personnes choisissent de ne pas demander de traitement par crainte de devenir victimes de discrimination au sein de leur propre famille ou communauté ethnoculturelle^{92,94}.

Peur

La peur constitue un puissant obstacle à la recherche de traitements en santé mentale. Certains membres de populations IRER ont vécu des expériences négatives avec différents services et craignent d'y faire appel à nouveau. Par exemple, ils pourraient croire qu'ils seront forcés de prendre des médicaments même s'ils préfèrent suivre une psychothérapie⁹⁴. D'autres craignent que s'ils ont recours à un service, leurs enfants leur soient enlevés pour être confiés à des services de protection de l'enfance. Les personnes au statut d'immigration « précaire »¹⁰³ (voir encadré) pourraient redouter que l'utilisation de services de santé mentale remette en cause leur statut au Canada^{94,102}. Certains immigrants ont également peur que la prise en charge par des services de santé mentale change la perception que la société canadienne a d'eux, que les gens les voient comme des fardeaux pour la collectivité qu'il faut renvoyer dans leur pays d'origine⁷.

Le statut « précaire » englobe diverses situations juridiques instables. Plus précisément, il est caractérisé par l'un ou l'autre des facteurs suivants : absence de résidence permanente; absence d'autorisation de travail; dépendance d'une tierce partie quant aux droits en matière de résidence ou d'emploi; accès limité ou absent aux services publics et aux protections accessibles aux résidents permanents (p. ex., soins de santé, éducation, droits au travail); et risque d'expulsion¹⁰³.

Données probantes sur des pratiques prometteuses

Le projet Arguments en faveur de la diversité ciblait des programmes, des politiques, des traitements et des mesures de soutien constituant des « pratiques prometteuses » capables d'efficacement combler les lacunes en matière de prestation de services. Dans le cadre des consultations menées auprès des partenaires, ces derniers ont clairement signifié que pour être en mesure de fournir des services et des mesures de soutien aux populations IRER, ils avaient besoin de données probantes sur les pratiques qui obtiennent du succès à l'échelle nationale et internationale.

Du point de vue de l'équité en matière de santé, l'amélioration des services d'intervention auprès des populations IRER passe par deux interventions :

1. Réduire les répercussions négatives des déterminants sociaux de la santé qui causent des disparités dans les taux de maladies diagnostiquées.
2. Chez les personnes ayant besoin de soins, réduire les inégalités dans l'accès aux soins et dans les résultats des traitements en mettant en place des modèles de services plus appropriés et tenant compte des besoins d'une population diversifiée.

L'équipe du projet Arguments en faveur de la diversité a procédé à une revue exploratoire des publications internationales sur les pratiques prometteuses, divisée en deux parties : les cadres (voir l'annexe B) et les pratiques (voir l'annexe C). Les pratiques mises en œuvre dans le contexte canadien sont considérées comme des « pratiques dignes d'intérêt » dans le présent rapport. Ces pratiques ont été soumises en ligne ou recensées par notre équipe de recherche.

PRATIQUES ET CADRES INTERNATIONAUX

Cadres prometteurs

Des cadres visant à améliorer les services offerts à différentes populations ont été élaborés au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie. Un cadre est aux interventions fondées sur des données probantes ce qu'un bleu est au bâtiment physique. Puisque ces cadres ont été créés dans différentes régions pour différentes populations, ils ne peuvent être synthétisés en un mode d'emploi universel. Nous avons plutôt choisi de présenter des résumés des approches utilisées et encourageons les planificateurs de services à faire leur choix en fonction des besoins des populations qu'ils desservent (voir l'annexe B).

Pratiques prometteuses tirées de la littérature internationale

Une revue exploratoire des publications internationales sur les pratiques prometteuses a mis au jour plusieurs articles présentant des pratiques prometteuses. Certains de ces articles décrivaient des études expérimentales quantitatives et qualitatives sur des pratiques prometteuses. D'autres recherches cherchaient à expliquer l'élaboration et la mise en œuvre de programmes spécialisés; la rétention des clients dans les programmes; et la faisabilité et l'efficacité de certaines initiatives. Les résumés de ces études et de tous les travaux de recherche analysés se trouvent à l'annexe C.

Les revues systématiques et les méta-analyses sont considérées comme le niveau le plus fiable de données probantes dans le domaine médical^{104,105}. On peut affirmer que l'analyse des revues systématiques va encore plus loin en recueillant et en colligeant les meilleures preuves disponibles. Notre revue exploratoire des études sur les pratiques prometteuses a permis de cerner plusieurs revues systématiques et méta-analyses, que nous avons ensuite examinées. Ci-dessous, le résumé de cette analyse fait état des connaissances disponibles aujourd'hui en matière de pratiques prometteuses pour l'amélioration des services offerts aux groupes IRER dans les pays à revenu élevé partout dans le monde.

APERÇU : DONNÉES PROBANTES INTERNATIONALES SUR LES PRATIQUES PROMETTEUSES

1. La compétence culturelle paraît importante, mais des recherches plus approfondies démontrant son efficacité doivent être réalisées.
2. La psychothérapie culturellement adaptée améliore les résultats, mais ses retombées sont plus grandes dans certains groupes que dans d'autres.
3. La création de cheminements de soins en étapes ou intégrés qui soient adaptés aux différents groupes ethniques pourrait améliorer les résultats.
4. Les traitements culturellement adaptés conçus spécialement pour les jeunes de groupes ethnoculturels ou racialisés semblent porter fruit.
5. L'adaptation culturelle améliore les résultats aux traitements des toxicomanies.
6. Des données probantes montrent que certaines interventions précises, comme la thérapie d'exposition narrative et la thérapie cognitivo-comportementale, appliquées seules ou en combinaison avec des médicaments ou avec une thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR), et la thérapie d'exposition, donnent de bons résultats chez les réfugiés ayant vécu des expériences traumatisantes.
7. Une approche structurée du développement des services est nécessaire pour améliorer les soins de santé prodigués aux populations IRER en région.
8. Les méthodes et modalités de cybersanté, comme la télépsychiatrie et la téléconsultation, pourraient constituer des moyens efficaces d'offrir des soins de qualité aux différentes populations rurales et isolées.

Cette analyse propose des lignes directrices claires sur les grands thèmes suivants :

1. Le rôle de la compétence culturelle dans l'amélioration des soins est étayé par des données probantes, mais ces dernières pourraient être approfondies davantage.

La formation sur la compétence culturelle permet d'accroître les connaissances des professionnels de la santé et la satisfaction des utilisateurs de services, mais les retombées directes sur les soins prodigués n'ont pas été démontrées¹⁰⁶⁻¹⁰⁸. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le fait que les interventions en matière de compétence culturelle doivent être mises en œuvre à tous les niveaux des organisations et des systèmes, de la haute direction à la prestation des services en passant par la gestion, pour générer des changements dans les services et les résultats chez les populations IRER.

Nous avons recensé sept revues systématiques sur la compétence culturelle et les changements organisationnels ou systémiques effectués en vue d'améliorer les résultats pour diverses populations. Ces revues mettent en évidence certaines procédures pouvant aider les organisations à renforcer leur capacité d'offrir des soins équitables aux populations qu'elles desservent^{106,108-113}. Un des cadres étudiés organise la compétence culturelle selon trois secteurs d'intervention¹¹⁴:

- a) Interventions organisationnelles adaptées sur le plan culturel : déployer des efforts pour assurer une représentation diversifiée de leur clientèle au sein de leur équipe de direction et de leur personnel. En somme, l'objectif est d'assurer que l'organisation est bien intégrée à sa communauté.
- b) Interventions structurelles adaptées sur le plan culturel : garantir le plein accès à des soins de qualité pour tous (ce qui inclut, par exemple, des services d'interprétation).
- c) Interventions cliniques adaptées sur le plan culturel : déployer des efforts pour enrichir les connaissances des fournisseurs de soins de santé sur la relation entre les facteurs socioculturels et les croyances ou les comportements en matière de santé (comme les formations transculturelles)¹¹⁴.

2. Les psychothérapies adaptées sur le plan culturel améliorent les résultats.

Huit revues systématiques et méta-analyses ont conclu que l'adaptation culturelle de la psychothérapie améliore les résultats¹¹⁵⁻¹²².

Ces revues englobaient 408 études portant sur 41 920 participants. Elles démontrent clairement l'efficacité des psychothérapies adaptées sur le plan culturel. Les meilleures adaptations étaient celles qui s'inscrivaient dans un cadre fondé sur les preuves et respectaient les principes fondamentaux de la thérapie psychologique classique de manière à demeurer fidèles à l'approche de traitement¹¹⁸. Les éléments que l'on retrouvait communément dans les processus d'adaptation étaient le choix d'un type de thérapie fondé sur la théorie, la consultation de multiples partenaires et les essais pilotes visant à évaluer la thérapie¹¹⁸.

Les revues démontrent également que les thérapies adaptées à un groupe culturel donné sont plus susceptibles d'être efficaces que celles qui ciblent un groupe de participants appartenant à plusieurs cultures différentes¹²⁰. Les effets de l'adaptation culturelle sur les résultats étaient plus marqués chez les adultes que chez les enfants et les jeunes. Ils étaient également plus prononcés lorsque des groupes ethniques précis étaient ciblés (ampleur de l'effet = 0,51, intervalle de confiance à 95 % : 0,40-0,63), comparativement aux groupes ethniques mixtes.

Le modèle de soins en étapes cherche à fournir des traitements fondés sur les preuves au niveau de service approprié le plus bas possible en première instance (p. ex., soins primaires), en ne progressant vers des services plus intensifs ou spécialisés que lorsque c'est cliniquement nécessaire^{123,124}.

Le cheminement de soins intégrés est un schéma multidisciplinaire des soins prévus, selon un calendrier approprié, permettant d'aider les patients atteints d'une maladie en particulier ou d'un ensemble de symptômes à suivre leur parcours clinique vers des résultats positifs.¹²⁵

Les soins collaboratifs sont une approche systématique du traitement des problèmes de santé mentale qui fait appel à plusieurs fournisseurs de soins de santé (p. ex., psychiatre, médecin de première ligne, gestionnaire de cas) travaillant en équipe avec leurs patients et leurs familles pour assurer une gestion plus proactive des troubles mentaux^{126,127}.

On a également découvert que les groupes de psychothérapie formés de participants de la même race étaient quatre fois plus efficaces que les groupes composés d'individus d'origines raciales diverses, et que le jumelage des thérapeutes par langue était deux fois plus efficace que le non-jumelage¹¹⁹. Les répercussions étaient plus grandes dans certains groupes ethniques que dans d'autres. L'effet le plus notable a été observé chez les Américains d'origine asiatique, suivis des Afro-Américains puis des Américains d'origine hispanique (ampleur de l'effet = 0,47)¹²¹.

3. L'élaboration de cheminements de soins en étapes, collaboratifs ou intégrés adaptés à la réalité de groupes ethniques particuliers pourrait améliorer les résultats de ceux-ci (voir encadré).

Par exemple, une revue systématique¹²⁸ analysait des essais contrôlés aléatoires sur la dépression chez les adultes latino-américains à faible revenu dans des établissements de soins primaires aux États-Unis. Les programmes mis en œuvre selon un modèle de soins collaboratifs étaient plus efficaces pour réduire les symptômes de dépression que les soins habituels, en plus d'augmenter l'accessibilité à des soins conformes aux lignes directrices établies ¹²⁸.

4. Les traitements culturellement adaptés destinés aux jeunes membres de groupes ethnoculturels ou racialisés sont efficaces.

Une des analyses examinait des études sur l'anxiété, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, la dépression, les troubles du comportement, les toxicomanies, les syndromes liés à un traumatisme et d'autres problèmes cliniques¹²⁹. Dans une méta-analyse de 25 études, les auteurs ont comparé un traitement actif avec un groupe témoin (aucun traitement, placebo ou soins habituels) et constaté que 67 % des participants traités se portaient mieux à la suite du traitement que la moyenne des membres du groupe témoin (ampleur de l'effet = 0,44; erreur-type = 0,06; intervalle de confiance à 95 % : 0,32-0,56). Un exemple d'un traitement probablement efficace est la thérapie familiale multidimensionnelle, qui affermit les compétences à plusieurs niveaux (dans la famille, à l'école, au sein du groupe de pairs) afin de lutter contre la toxicomanie chez les jeunes membres de minorités ethniques¹²⁹. Seules quelques-unes des études examinées s'intéressaient aux résultats au-delà de l'étape de post-traitement, et celles-ci mettaient plutôt l'accent sur les jeunes ayant des troubles de comportement¹²⁹.

5. L'adaptation culturelle améliore les résultats des traitements des toxicomanies.

Un examen des publications montre que l'adaptation culturelle des interventions de prévention et de traitement des toxicomanies pouvait améliorer les résultats dans certains groupes cibles¹³⁰. Les interventions adaptées sur le plan culturel possèdent les éléments clés des traitements fondés sur les preuves, mais sont modulées pour être plus pertinentes et cohérentes avec les idées, les valeurs, les croyances, les normes, les attitudes et les connaissances du groupe ciblé¹³⁰.

6. Les interventions améliorant la santé mentale des réfugiés sont étayées par des preuves solides.

Quatre analyses ont porté sur le traitement des problèmes de santé mentale chez les réfugiés. Des preuves relatives à certains traitements liés aux traumatismes et au stress causé par la migration sont présentées¹³¹⁻¹³⁴, de même qu'une série de traitements de psychothérapie ayant prouvé leur efficacité¹³⁴. Les interventions fructueuses ayant connu du succès avaient recours à une approche multidisciplinaire, tenaient compte des particularités culturelles, adaptaient la méthode à la réalité locale, faisaient appel à des paraprofessionnels formés et communiquaient dans la ou les langue(s) natales des réfugiés¹³⁴. Le recours aux médicaments dans le cadre d'une approche intégrant des traitements psychologiques, sociaux et biologiques n'était pas controversé, mais leur utilisation comme traitement unique aux problèmes de santé mentale en lien avec la migration et les traumatismes des réfugiés ne fait pas l'unanimité. Une des analyses montrait que la médication en elle-même était efficace¹³³, tandis qu'une autre en arrivait à la conclusion inverse¹³¹.

7. Les améliorations apportées aux soins de santé en région rurale afin de répondre aux besoins des populations IRER doivent être fondées sur une approche structurée du développement de services.

Une analyse des études menées aux États-Unis a conclu que les services de santé ruraux pour les populations IRER s'articulent autour de trois dimensions intégrées⁴⁵ :

- a) Connexions : il est bénéfique de nouer des relations à l'intérieur des groupes et d'un groupe à l'autre; la communication et la confiance sont primordiales; il faut une mission commune pour améliorer la santé des résidents, ce qui mène à un service authentique et à une connexion avec la communauté au-delà de l'activité de service.

- b) Communauté : obtenir des investissements par plusieurs partenaires dans les ressources et partager les responsabilités; mettre à profit les connexions communautaires pour atteindre un objectif commun tout en répondant aux besoins de la communauté; bâtir des infrastructures favorisant l'autosuffisance, un facteur qui contribue grandement à la durabilité des programmes.
 - c) Culture : instiguer des activités visant à sensibiliser les travailleurs de la santé et la communauté élargie à la culture de l'autre partie; adopter des pratiques exemplaires tenant compte du contexte, de la mission et des valeurs de la communauté⁴⁵.
8. La cybersanté pourrait constituer un moyen pratique d'offrir des soins de qualité aux populations IRER en région rurale ou éloignée dans certaines circonstances, mais pas dans tous les cas.

Nous avons analysé deux revues systématiques sur la télépsychiatrie et la cybersanté^{135,136}. Bien que les technologies de cybersanté se prêtent exceptionnellement bien à la prestation de services aux populations éloignées et rurales, il y a beaucoup à faire pour déterminer si des technologies électroniques peuvent mener à des résultats de santé mentale appropriés sur les plans culturel et linguistique et pour repérer les plateformes qui connaissent le plus de succès¹³⁶. Un examen de l'efficacité de la téléconsultation par des adultes membres d'un groupe racial ou ethnique minoritaire éclaircit cette question¹³⁵. Huit études indépendantes, menées auprès de groupes hispaniques, latino-américains, asiatiques et afro-américains, répondaient aux critères d'inclusion. Ses auteurs ont trouvé que le chevauchement entre les différentes études était insuffisant pour faire une méta-analyse de l'ampleur des effets¹³⁵. Les preuves sont prometteuses. Les programmes étaient efficaces et généraient des améliorations modérées à considérables dans les mesures de dépression et d'anxiété à court terme. Les effets à long terme demeurent incertains, puisque trois des études présentaient des résultats incomplets¹³⁵.

PRATIQUES CANADIENNES DIGNES D'INTÉRÊT

Dans le cadre du projet Arguments en faveur de la diversité, des organismes étaient invités à soumettre des pratiques prometteuses au moyen d'un formulaire en ligne. Nous avons recensé des services de santé mentale spécialement conçus pour répondre aux besoins de la population IRER qui sont en place ou qui sont actuellement mis en œuvre au Canada.

Cet appel de pratiques prometteuses a généré 35 réponses de la part de 32 organismes établis dans 21 villes. De ces 35 réponses, 22 portaient sur des programmes mis en œuvre pour les populations IRER au Canada et sont mentionnées dans ce rapport. Si toutes les pratiques présentées sont d'excellents exemples de programmes et de services destinés aux populations IRER, la plupart d'entre elles n'ont fait l'objet d'aucune évaluation officielle, c'est pourquoi nous les considérons comme des « pratiques dignes d'intérêt ».

En plus des pratiques découvertes par le truchement de l'appel de pratiques prometteuses, l'équipe de projet a retenu 34 autres pratiques d'un peu partout au Canada, révélées grâce à une analyse en ligne et issues de l'expérience de première main de l'équipe de projet (voir l'annexe D, accessible sur le site web, pour plus de détails).

Les 55 pratiques canadiennes dignes d'intérêt se classent dans les quatre grandes catégories et les sept sous-catégories énumérées ci-dessous. Tandis que chaque pratique a pour but d'améliorer les résultats en matière de santé mentale dans les populations IRER d'une manière qui lui est propre, certaines d'entre elles ont suscité une reconnaissance plus grande au-delà de la communauté où elles sont mises en œuvre. Dans ce tableau, une pratique par sous-catégorie est mise en évidence.

APERÇU : PRATIQUES CANADIENNES DIGNES D'INTÉRÊT

I. Réduction des effets des déterminants sociaux de la santé.

- i) Déterminants sociaux de la santé : programmes répondant aux besoins sociaux plus généraux des populations IRER.

En Colombie-Britannique, le programme ASPIRE de la banque alimentaire musulmane offre le dépistage de troubles mentaux, les services de chargés de cas, du soutien social et émotionnel et des paniers alimentaires aux immigrants et aux réfugiés.

- ii) Prévention et promotion : programmes de promotion du bien-être dans les populations IRER.

Le projet communautaire d'éducation des immigrants en santé mentale et le modèle d'interventions en santé mentale adaptées sur le plan culturel, en Alberta, touchent le continuum complet des mesures de prévention, d'intervention précoce et d'intervention culturellement adaptée pour les problèmes de santé mentale des immigrants, des réfugiés et des nouveaux arrivants.

II. Accès aux services et structures de service

- i) Éducation : formations sur les questions de santé mentale des populations IRER et sensibilisation des fournisseurs de services aux besoins des populations IRER.

Le Projet sur la santé mentale des réfugiés, en Ontario, a pour but de renforcer les connaissances et les compétences des fournisseurs de services et des agents d'établissement en ce qui concerne la santé mentale des réfugiés, et fait la promotion d'une collaboration intersectorielle et interprofessionnelle. Cette initiative comporte deux cours agréés en ligne, une communauté de pratique, une trousse d'outils, une série de webinaires et une infolettre mensuelle.

- ii) Mobilisation communautaire : programmes favorisant le dialogue entre les communautés et les fournisseurs de services.

En Ontario, le projet Promise of Partnership fournit des soutiens en santé mentale aux réfugiés réétablis dans la région de Kitchener-Waterloo et renforce la capacité du domaine de la santé mentale à répondre aux besoins des réfugiés.

III. Amélioration des services

- i) Services : programmes offrant des soins et des thérapies adaptés sur le plan culturel.

Le Service de consultation culturelle, au Québec, assure l'évaluation et l'examen complets de patients de divers horizons, y compris les immigrants, les réfugiés et les membres de communautés ethnoculturelles.

IV. Initiatives régionales ou provinciales

- i) Services : programmes pour l'amélioration des soins à l'intention des fournisseurs de services.

Le Service linguistique provincial de la Colombie-Britannique est un programme administré par la Régie des services de santé provinciaux (PHSA) offrant des services d'interprétation et de traduction aux autorités sanitaires de la province. Les services d'interprétation fournis à la PHSA, à Vancouver Coastal Health, Fraser Health et Providence Health Care sont regroupés et financés par un budget commun.

- ii) Outils : ressources pour l'amélioration des soins à l'intention des fournisseurs de services.

L'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) est un outil pratique de prise de décisions qui permet de déceler et d'atténuer les conséquences involontaires potentielles sur la santé des programmes, des politiques ou d'autres initiatives sur les groupes vulnérables ou marginalisés. L'outil d'EIES a été élaboré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour favoriser l'équité en matière de santé et réduire les inégalités évitables en matière de santé entre différents groupes de population.

Le fardeau économique de la maladie mentale représente quelque 50 milliards de dollars par année au Canada (2,8 % du produit intérieur brut en 2011) et 84,6 % de ces coûts sont associés aux soins de santé¹³⁷. À une époque dominée par la prudence financière, les décideurs sont à la recherche de mesures susceptibles de réduire les coûts et d'améliorer les résultats en matière de santé.

ANALYSE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE

Un nombre important de recherches ont démontré que les investissements dans des programmes répondant aux besoins en matière de santé mentale des populations IRER pouvaient se traduire par des économies pour le système de santé et pour l'ensemble de l'économie¹³⁸.

La situation est toutefois complexe. Des études menées au Royaume-Uni et aux États-Unis montrent que l'utilisation et les coûts des services sont généralement plus faibles chez les personnes issues de minorités raciales et ethniques que dans les populations blanches¹³⁹⁻¹⁴². Cela dit, des populations différentes avec des diagnostics différents donnent lieu à des scénarios aussi distincts que multiples. Par exemple, comme les diagnostics de psychoses sont proportionnellement plus nombreux dans les groupes de minorités, ceux-ci ont souvent recours à des services plus coûteux, comme les soins en milieu hospitalier et les soins d'urgence^{81,143-146}. Les données indiquent que certaines populations affichant un taux élevé de psychoses, comme les habitants d'origine africaine ou caribéenne du Royaume-Uni, représentent un coût plus élevé en matière de santé mentale que les populations blanches^{147,148}.

Autre source de complication : la sous-utilisation des services est associée à un délai dans l'obtention des services; en effet, la faible utilisation des services appropriés produit de moins bons résultats et entraîne l'utilisation de services plus coûteux à long terme. À l'inverse, une intervention précoce améliore les résultats et pourrait réduire les coûts futurs.

Les tendances en matière de répercussions économiques indirectes, comme les démêlés judiciaires, et de retombées entraînées par l'absence de traitement en cas de problème de santé mentale devraient être prises en considération dans l'analyse des coûts pour le système de santé. Or, ces coûts n'ont pas été intégrés adéquatement aux modèles économiques existants.

L'une des études¹³⁸ analysées s'intéressait aux coûts et aux avantages de réduire les disparités raciales et ethniques présentes dans les soins de santé mentale aux États-Unis entre 2004 et 2010. Les auteurs ont constaté qu'en éliminant les inégalités entre les Noirs et les Blancs dans les soins de santé mentale en consultation externe (une unité d'un hôpital ou d'un établissement de soins de santé offrant des services médicaux à des personnes n'ayant pas besoin de passer la nuit à l'hôpital, fournissant parfois des soins de première ligne), on pourrait faire économiser 30 millions de dollars aux services des urgences et 833 millions de dollars en services aux patients hospitalisés. En outre, l'élimination des disparités entre les patients d'origine latino-américaine et blancs dans la prestation de soins de santé mentale en consultation externe se traduirait par des économies de 584 millions de dollars en services aux patients hospitalisés¹³⁸.

Plusieurs études montrent clairement qu'une utilisation réduite des services généraux par les populations IRER constitue un phénomène temporaire menant à une utilisation accrue de services plus coûteux. Par exemple, une utilisation limitée de services de soins primaires pourrait conduire à une hausse de la fréquentation des services d'urgence ou des hospitalisations. De même, l'utilisation moindre de services d'intervention précoce accroît la probabilité de faire appel à des services hospitaliers ou médicolégaux (une sous-spécialisation de la psychiatrie à l'intersection de la psychiatrie et du droit). Ces résultats permettent de conclure que les services destinés aux populations IRER exerceront une pression grandissante sur les budgets à moins que le Canada ne mette en place des interventions augmentant l'accès et l'utilisation de services par les populations IRER aux premiers stades de leur maladie mentale.

ANALYSE DES DONNÉES SECONDAIRES - ÉTUDE DE CAS EN ONTARIO

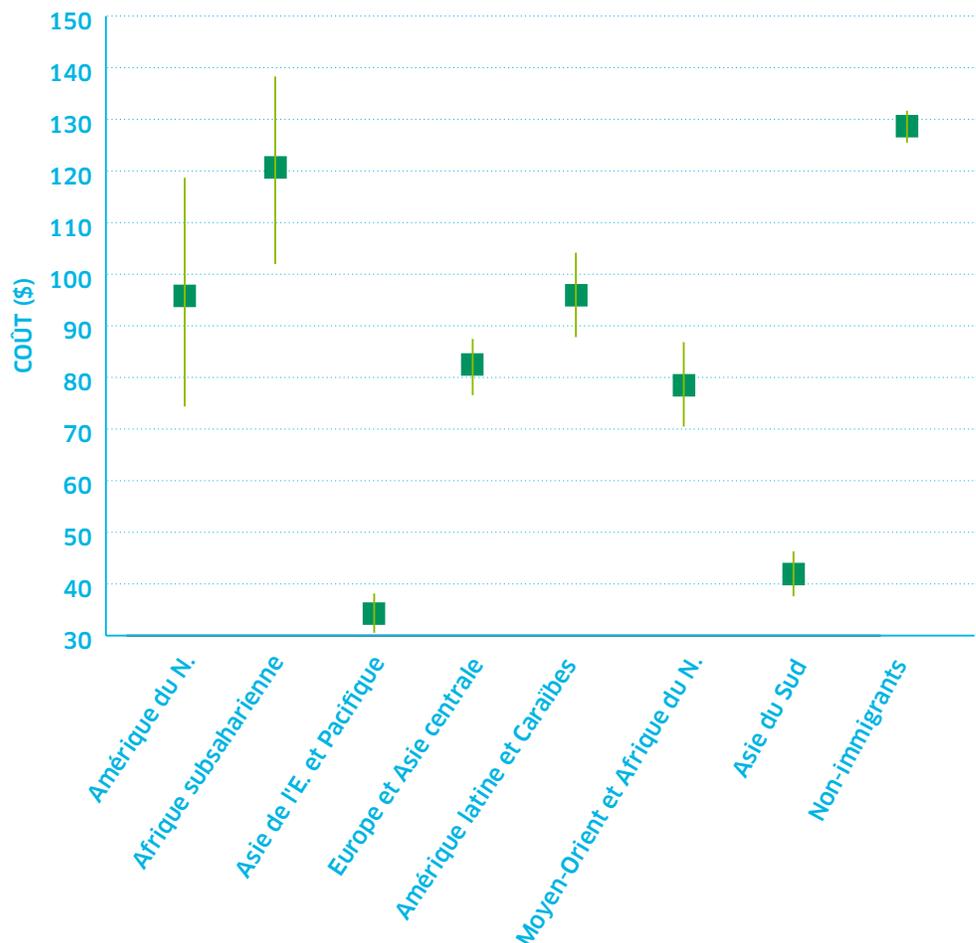
Comme aucune étude canadienne faisant l'analyse économique de l'utilisation des services par les populations IRER n'était disponible, le projet Arguments en faveur de la diversité a effectué une analyse des données secondaires disponibles en Ontario afin de déterminer le coût annuel moyen des services de santé mentale par personne en fonction du statut : réfugié, immigrant ou non-immigrant. Cette étude descriptive a pris la forme d'une analyse rétrospective menée conjointement avec l'Institut de recherche en services de santé. Les données sur les services hospitaliers et les

soins médicalement nécessaires reçus par les patients (hospitalisations, visites aux urgences et chez le médecin)¹⁴⁹ pour des motifs liés à la santé mentale couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario ont été mises en lien avec les données de Citoyenneté et Immigration Canada, qui compile les dossiers de tous les immigrants et réfugiés qui ont foulé le sol ontarien depuis 1985. Dès lors, il est possible que les personnes qui ont immigré avant cette date ou qui sont passées par une autre province canadienne soient comptabilisées dans la population non immigrante. Aussi, les populations non couvertes par l'Assurance-santé de l'Ontario (comme les demandeurs d'asile) durant cette période ont échappé à cette analyse.

Notre analyse économique ne tenait compte que des personnes détenant le statut d'immigrant, puisqu'il n'existe aucune donnée provinciale sur les populations racialisées et ethnoculturelles. Si de nombreuses recherches signalent que la race et l'origine ethnique influencent fortement l'état de santé, la qualité des soins reçus et les résultats, ces données ne sont pas recueillies systématiquement dans les établissements de soins de santé du Canada¹⁵⁰. Les résultats révélés par cette étude descriptive sont semblables à ceux que nous avons trouvés dans notre analyse documentaire, et suggèrent que les immigrants et les réfugiés de première génération sont moins susceptibles de faire appel à des services de santé mentale (6,3 et 9,6 % respectivement) en comparaison avec la population non immigrante (12,5 %).

Une utilisation moindre correspond à des dépenses totales moins élevées pour le système de santé mentale pour les immigrants et les réfugiés. Les coûts moyens, ajustés en fonction de l'âge et du sexe, liés à l'utilisation de services de santé mentale par immigrant (56,48 \$) et par réfugié (104,99 \$) sont inférieurs au coût par personne dans la population non immigrante (128,71 \$) (tous les chiffres datent de 2008 et sont rajustés en dollars canadiens de 2012). En tenant compte du lieu de naissance, seuls les immigrants et les réfugiés (combinés) de l'Afrique subsaharienne entraînent un coût d'utilisation des services de santé mentale (120,68 \$) semblable à celui de la population générale (128,67 \$). Les coûts liés à l'utilisation de services de santé mentale pour tous les autres groupes d'immigrants et de réfugiés en 2008 sont considérablement plus élevés que pour les populations non immigrantes (figure 2).

Figure 2 : Coûts en santé mentale pour les immigrants et les réfugiés, par personne et par région d'origine. Ce graphique indique les moyennes (les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %), ajustées selon l'âge et le sexe (données de 2008, rajustés en dollars canadiens de 2012).



En termes généraux, le coût moyen que représentent les immigrants pour le système de santé mentale est inférieur de 56 % au coût engendré par les non-immigrants. Les réfugiés entraînent des coûts de santé mentale 18 % moins élevés que les non-immigrants. Le coût par personne pour le système de santé mentale engendré par les immigrants et les réfugiés de l'Afrique subsaharienne est en moyenne 26 % plus élevé que le coût par personne pour les immigrants et les réfugiés de l'Amérique du Nord (États-Unis et Mexique confondus), de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Les résultats de cette analyse de données secondaires illustrent la disparité criante entre l'utilisation de services par les immigrants et les réfugiés et celle qu'en font les non-immigrants au Canada. Cette situation fait écho aux conclusions d'études antérieures qui signalaient que l'utilisation de services par les immigrants et les réfugiés était largement en deçà de leurs besoins en matière de santé^{78,80,81,108}. Comme l'illustre l'analyse de la littérature internationale, ci-dessus, la sous-utilisation actuelle des services de santé mentale pourrait, à long terme, se révéler coûteuse pour les systèmes de santé du Canada.

Faute de données suffisantes, nous n'avons pas été en mesure d'effectuer une analyse coûts-avantages plus détaillée en vue d'évaluer les économies qui auraient pu être réalisées grâce à une réduction des disparités dans les soins de santé mentale prodigués aux populations IRER au Canada. Le rapport Enjeux et options recommandait aux provinces de recueillir des données sur la taille et les besoins de leurs populations IRER afin de faire une planification adéquate des services; cette recommandation demeure d'actualité.

La plupart des autres données sur l'utilisation des services et sur l'incidence des maladies mentales au Canada reflètent les conclusions tirées aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il n'y a donc aucune raison de croire que les résultats en matière de disparités persistantes dans le domaine de la santé mentale au Canada diffèrent des ceux de ces pays.

Conclusion

La diversité est l'un des traits distinctifs de la société canadienne contemporaine et, à ce titre, devrait être au cœur de la planification et de la prestation de services de santé mentale à tous les niveaux. La satisfaction des besoins des populations IRER constitue une priorité immédiate du système de santé mentale du Canada et de ses fournisseurs de services. Même en tenant compte de « l'effet de l'immigrant en bonne santé », les données probantes démontrent qu'en moyenne, les immigrants et les réfugiés affichent des taux semblables ou supérieurs de maladies mentales par rapport aux non-immigrants au Canada. Cependant, quand on y regarde de plus près, on constate que les taux de maladies mentales varient considérablement d'un groupe ethnoculturel à l'autre. Les recherches révèlent aussi que les populations IRER font moins souvent appel aux services de santé mentale. L'étude descriptive menée dans le cadre du projet Arguments en faveur de la diversité met en évidence les disparités dans les coûts liés à la santé en Ontario et souligne la nécessité d'améliorer la cueillette et l'analyse des données en fonction de l'origine ethno-raciale.

Les recherches internationales indiquent que des programmes et des psychothérapies ciblés et culturellement adaptés peuvent contribuer à réduire la facture totale. De plus, les initiatives tenant compte de la diversité de leurs participants sont bénéfiques parce qu'ils augmentent le degré de satisfaction et de conformité des clients et génèrent de meilleurs résultats en matière de santé. Au bout du compte, en faisant en sorte de réduire les inégalités dans l'accès aux services, de rendre les services utilisés plus appropriés et d'améliorer les résultats en matière de santé, le Canada peut réduire les coûts totaux pour le système. La prise en considération des déterminants sociaux de la santé pour ces populations est primordiale pour la mise en place d'une stratégie efficace. Le Canada peut et doit améliorer les services de santé mentale qu'il fournit aux immigrants, aux réfugiés et aux groupes ethnoculturels ou racialisés. Grâce à l'engagement des dirigeants, à la coordination des services et des secteurs (santé, établissement, éducation, etc.), à des preuves fiables et à des investissements accrus, les systèmes en place au Canada peuvent répondre aux besoins de tous les habitants de son territoire.

Références

1. Citoyenneté et Immigration Canada. (2012). *Faits et chiffres 2012 : Aperçu de l'immigration – Résidents permanents et temporaires*.
2. Citoyenneté et Immigration Canada. (2014). *Faits et chiffres 2013 Aperçu de l'immigration – Résidents permanents et temporaires*. Sur Internet : www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2014/index.asp
3. Hansson, E., Tuck, A., Lurie, S., & McKenzie, K., pour le groupe de travail du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services, Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés – Enjeux et options pour l'amélioration des services* Sur Internet : www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Diversity_Issues_Options_Report_Summary_FRE_0_1.pdf
4. Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Changer les orientations, changer des vies*. Sur Internet : www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
5. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2014). *Répertoire des stratégies en santé mentale au Canada*. Sur Internet : www.ccnpps.ca/fr/TableauSM.aspx?sortcode=1.10.131257
6. Alberta Health Services. (2011). *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy*. Sur Internet : www.health.alberta.ca/documents/Creating-Connections-2011-Strategy.pdf.
7. Wood, J., & Newbold, K. B. (2012). Provider perspectives on barrier and strategies for achieving culturally sensitive mental health services for immigrants: A Hamilton, Ontario Case study. *International Migration & Integration*, 13, 383–397.
8. Statistique Canada. (2013) Dictionnaire de l'Enquête nationale auprès des ménages, 2011. Catalogue n° 99-000-X2011001.
9. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (1951). *Convention relative au statut des réfugiés*. Sur Internet : <http://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>
10. Commission ontarienne des droits de la personne. (2005). *Politique et directives sur le racisme et la discrimination raciale*. Sur Internet : www.ohrc.on.ca/fr/politique-et-directives-sur-le-racisme-et-la-discrimination-raciale
11. Statistique Canada. (2013). *Enquête nationale auprès des ménages, 2011, tableaux de données*. Catalogue no 99-010-X2011026.
12. Statistique Canada. (2013). *Immigration et diversité ethnoculturelle, Enquête nationale auprès des ménages, 2011*. Catalogue n° 99-010-X2011001.
13. Statistique Canada. (2013). *Enquête nationale auprès des ménages, 2011, tableaux de données*. Statistique Canada Catalogue n° 99-010-X2011028.
14. Statistique Canada. (2002). *Groupes de minorités visibles, chiffres de 2001, pour le Canada, provinces et territoires – données-échantillons (20 %)*.
15. Statistique Canada. (2013). *Enquête nationale auprès des ménages de 2011*. Catalogue n° 99-010-X2011029.
16. Statistique Canada. (2012). *Caractéristiques linguistiques des Canadiens. Langue, Recensement de la population de 2011*. Catalogue n° 98-314-X2011001.

17. Statistique Canada. (2012). *Tableaux des faits saillants linguistiques. Recensement de 2011*. Catalogue n° 98-314-X2011002.
18. Gushulak, B. D., Pottie, K., Roberts, J. H., Torres, S., & DesMeules, M., on behalf of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Migration and health in Canada: health in the global village. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E952-958.
19. Newbold, K. B. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1359-1370.
20. Ng, E., Wilkins, R., Gendron, F., & Bertholet, J. M. (2005) L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Catalogue n° 82-618-MWE2005002. Sur Internet : www.statcan.gc.ca/pub/82-618-m/82-618-m2005002-fra.htm
21. Sproston, K., & Nazroo, J. (2002). *Ethnic Minority Psychiatric Illness in the Community (EMPIRIC) – Quantitative Report*. London, UK: TSO.
22. Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897-910.
23. Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
24. Aglipay, M., Colman, I., & Chen, Y. (2013). Does the healthy immigrant effect extend to anxiety disorders? Evidence from a National Representative Study. *Journal of Immigrant Minority Health*, 15, 851-857.
25. Chen, Y., Mo, F., Yi, Q., Morrison, H., & Mao, Y. (2013). Association between mental health and fall injury in Canadian immigrants and non-immigrants. *Accident Analysis and Prevention*, 59, 221-226.
26. Chiu, S., Redelmeier, D. A., Tolomiczenko, G., Kiss, A., & Hwang, S. W. (2009). The health of homeless immigrants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 943-948.
27. Duff, C., Puri, A. K., & Chow, C. (2011). Ethno-cultural differences in the use of alcohol and other drugs: Evidence from the Vancouver Youth Drug Reporting System. *Journal of Ethnicity and Substance Abuse*, 10, 2-23.
28. Gadalla, T. M. (2009). Association between mood and anxiety disorders and self-reported disability: Results from a nationally representative sample of Canadians. *Journal of Mental Health*, 18(6), 495-503.
29. Menezes, N. M., Georgiades, K., & Boyle, M. H. (2011). The influence of immigrant status and concentration on psychiatric disorder in Canada: a multi-level analysis. *Psychological Medicine*, 41, 2221-2231.
30. Meng, X., & D'Arcy, C. (2012). Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 479-487.
31. Cleveland, J., & Rousseau, C. (2013). Psychiatric symptoms associated with brief detention of adult asylum seekers in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 409-416.
32. Islam, F., Khanlou, N., & Tamim, H. (2014). South Asian populations in Canada: migration and mental health. *BMC Psychiatry*, 14, 154.
33. Maximova, K., & Krahn, H. (2010). Health status of refugees settled in Alberta: Changes since arrival. *Revue canadienne de santé publique*, 101(4), 322-326.
34. Muldoon, K. A., Duff, P. K., Fielden, S., & Anema, A. (2013). L'insécurité alimentaire est associée à la morbidité psychiatrique dans une étude représentative nationale de la maladie mentale chez les Canadiens en situation d'insécurité alimentaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 795-803.

35. Stafford, M., Newbold, B. K., & Ross, N. A. (2011). Psychological distress among immigrants and visible minorities in Canada: a contextual analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 428-441.
36. Patterson, B., Kyu, H. H., & Georgiades, K. (2012). Age at immigration to Canada and the occurrence of mood, anxiety, and substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 210-217.
37. Islam, F. (2013). Examining the « Healthy Immigrant Effect » for mental health in Canada. *University of Toronto Medical Journal*, 90(4), 169-175.
38. De Maio, F. G. (2010). Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *International Journal for Equity in Health*, 9, 27.
39. Hansson, E. K., Tuck, A., Lurie, S., & McKenzie, K. (2012). Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural and racialized groups in Canada: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 111-121.
40. Kidd, S. A., Virdee, G., Quinn, S., McKenzie, K., Toole, L., & Krupa, T. (2014). Racialized women with severe mental illness: An arts based approach to locating recovery in intersections of power, self-worth and identity. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17, 20-43.
41. O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. (2010). A postcolonial feminist perspective inquiry into immigrant women's mental health care experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 440-449.
42. Sundar, P., Todd, S., Danesco, E., Kelly, L. J., & Cuning, S. (2012). Toward a culturally responsive approach to child and youth mental health practice: integrating the perspectives of service users and providers. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(1), 99-113.
43. Corneau, S., & Stergiopoulos, V. (2012). More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 261-282.
44. James, S., Fernandes, M., Navara, G. S., Harris, S., & Foster, D. (2009). Problemas de nervos: A multivocal symbol of distress for Portuguese immigrants. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 285-299.
45. Jensen, G.M., & Royeen, C.B. (2002). Improved rural access to care: dimensions of best practice. *Journal of Interprofessional Care*, 16(2), 117-128.
46. Krahn, E. (2013). Transcending the "Black Raven": An autoethnographic and intergenerational exploration of Stalinist oppression. *Qualitative Sociology Review*, 9(3), 47-73.
47. Lee, E., & Bhuyan, R. (2013). Negotiating within Whiteness in cross-cultural clinical encounters. *Social Service Review*, 87(1), 98-130.
48. Alvi, S., Zaidi, A., Ammar, N., & Culbert, L. (2012). A comparative and exploratory analysis of socio-cultural factors and immigrant women's mental health within a Canadian context. *Journal of Immigrant Minority Health*, 14, 420-432.
49. Bungay, V., Johnson, J. L., Varcoe, C., & Boyd, S. (2010). Women's health and use of crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*, 21, 321-329.
50. Crooks, V. A., Hynie, M., Killian, K., Giesbrecht, M., & Castleden, H. (2011). Female newcomers' adjustment to life in Toronto, Canada: sources of mental stress and their implications for delivering primary mental health care. *GeoJournal*, 76, 139-149.
51. Miszkurka, M., Zunzunegui, M. V., & Goulet, L. (2012). Immigrant status, antenatal depressive symptoms, and frequency and source of violence: what's the relationship? *Archives of Women's Mental Health*, 15, 387-396.

52. Beiser, M., Goodwill, A. M., Albanese, P., McShane, K., & Nowakowski, M. (2014). Predictors of immigrant children's mental health in Canada: selection, settlement contingencies, culture, or all of the above? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 743-756.
53. Beiser, M., Hamilton, H., Rummens, J. A., Oxman-Martinez, J., Ogilvie, L., Humphrey, C., & Armstrong, R. (2010). Predictors of emotional problems and physical aggression among children of Hong Kong Chinese, Mainland Chinese and Filipino immigrants to Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 1011-1021.
54. Beiser, M., Taa, B., Fenta-Wube, H., Baheretibeb, Y., Pain C., & Araya, M. (2012). A comparison of levels and predictors of emotional problems among preadolescent Ethiopians in Addis Ababa, Ethiopia, and Toronto, Canada. *Transcultural Psychiatry*, 49(5), 651-677.
55. Beiser, M., Zilber, N., Simich, L., Youngman, R., Zohar, A. H., Taa B., & Hou, F. (2011). Regional effects on the mental health of immigrant children: Results from the New Canadian Children and Youth Survey (NCCYS). *Health & Place*, 17, 822-829.
56. Hamilton, H. A., Marshall, L., Rummens, J. A., Fenta, H., & Simich, L. (2011). Immigrant parents' perceptions of school environment and children's mental health and behavior. *Journal of School Health*, 81(6), 313-319.
57. Dean, J. A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity & Health*, 14(2), 185-204.
58. Lachance, L., Martin, M. S., Kaduri, P., Godoy-Paiz, P., Gininienwicz, J., Tarasuk, V., & McKenzie, K. (2014). Food insecurity, diet quality, and mental health in culturally diverse adolescents. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 7(1), 14-22.
59. Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2009). Mental health needs of visible minority immigrants in a small urban center: Recommendations for policy makers and service providers. *Journal of Immigrant Minority Health*, 11, 46-56.
60. Klassen, A. F., Gulati, S., Granek, L., Rosenberg-Yunger, Z. R. S., Watt, L., Sung, L., Shaw, N. T. (2012). Understanding the health impacts of caregiving: a qualitative study of immigrant parents and single parents of children with cancer. *Quality of Life Research*, 21, 1595-1605.
61. Lai, D. W. L. (2009). From burden to depressive symptoms: The case of Chinese-Canadian family caregivers for the elderly. *Social Work in Health Care*, 48, 432-449.
62. Hanson, R. F., Sawyer, G. K., Begle, A. M., & Hubel, G. S. (2010). The impact of crime victimization on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 89-197.
63. O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from perspectives of health care providers. *Issues of Mental Health in Nursing*, 28(5), 453-471.
64. Sorenson, S. B., & Golding, J. M. (1990). Depressive sequelae of recent criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 3(3), 337-350.
65. Organisation mondiale de la santé. (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Rio de Janeiro, Brésil : OMS. Sur Internet : www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf
66. Ahmad, F., Ali, M., & Stewart, D. E. (2005). Spousal-abuse among Canadian immigrant women. *Journal of Immigrant Health*, 7(4), 239-246.
67. Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., . Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Childhood Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.

68. Goodman, S.H., Brogan, D., Lunch, M. E., & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Childhood Development*, 64, 516-531.
69. Mirsky, J. (1997). Psychological distress among immigrant adolescents: culture-specific factors in the case of immigrants from the former Soviet Union. *International Journal of Psychology*, 32(4), 221-230.
70. Wickrama, K. A. S., Conger, R. D. & Abraham, W. (2005). Early risk and later health. The intergenerational transmission of socioeconomic adversity through mental disorder and physical illness. *Journal of Gerontology*, 60B, 125-129.
71. Heflin, C. M., Siefert, K., & Williams, D. R. (2005). Food insufficiency and women's mental health: findings from a 3-year panel of welfare recipients. *Social Science & Medicine*, 61(9), 1971-1982.
72. Melchior, M., Caspi, A., Howard, L. M., Ambler, A. P., Bolton, H., Mountain, N., & Moffitt, T. E. (2009). Mental health context of food insecurity: a representative cohort of families with young children. *Pediatrics*, 124(4), e564-e572.
73. Vozoris, N. T., & Tarasuk, V. S. (2003). Household food insufficiency is associated with poorer health. *Journal of Nutrition*, 133(1), 120-126.
74. National Council of Welfare. (2012). Snapshot of racialized poverty in Canada. National Council of Welfare Reports, Poverty Profile: Special Edition. Sur Internet : the Employment and Social Development Canada website: www.esdc.gc.ca/eng/communities/reports/poverty_profile/snapshot.shtml
75. Picot, G., Hou, F., & Coulombe, S. (2007). *Le faible revenu chronique et la dynamique du faible revenu chez les nouveaux immigrants*. Document de recherche no 294 de la Direction des études analytiques documents de recherche de Statistique Canada. Sur Internet : www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2007294-fra.pdf?contentType=application%2Fpdf
76. Picot, G., & Hou, F. (2014). *Immigration, faible revenu et inégalité des revenus au Canada : Quoi de neuf durant les années 2000?* Document de recherche no 294 de la Direction des études analytiques documents de recherche de Statistique Canada. Sur Internet : www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2014364-fra.htm
77. Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*. Sur Internet : www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3558
78. Chen, A. W., Kazanjian, A., & Wong, H. (2009). Why do Chinese Canadians not consult mental health services: Health status, language or culture? *Transcultural Psychiatry*, 46(4), 623-641.
79. Chen, A. W., Kazanjian, A., Wong, H., & Reid, R. J. (2009). Differences in mental health diagnoses between recent Chinese immigrants and a comparison population in British Columbia. *Healthcare Policy*, 5(2), 40-50.
80. Durbin, A., Lin, E., Moineddin, R., Steele, L. S., & Glazer, R. H. (2014). Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and be refugees in Ontario, Canada. *Open Medicine*, 8(4), e136.
81. Gadalla, T. M. (2010). Ethnicity and seeking treatment for depression: A Canadian national study. *Canadian Ethnic Studies*, 41-42(3-1), 233-245.
82. Hardy, C., Kelly, K. D., & Voaklander, D. (2011). Does rural residence limit access to mental health services? *Rural and Remote Health*, 11, 1766.
83. Langille, D., Rainham, D., & Kisely, S. (2012). Is Francophone language status associated with differences in the health services use in rural Nova Scotians? *Revue canadienne de santé publique*, 103(1), 65-68.
84. Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., Kurdyak, P., & Levitt, A. (2009). Differences in prevalence and treatment of bipolar disorder among immigrants: results from an epidemiologic survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(11), 734-742.

85. Tempier, R., Vasiliadis, H. M., Gilbert, F., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., .Kovass-Masféty, V. (2010). Comparing mental health of Francophones in Canada, France, and Belgium: 12month and lifetime rates of mental health service use (Part 2). *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 295-304.
86. Anderson, K.K., Flora, N., Archie, S., Morgan, C., & McKenzie, K. (2014). A meta-analysis of ethnic differences in pathways to care at the first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130, 257-268.
87. Lai, D. W. L., & Surood, S. (2013). Effect of service barriers on health status of aging South Asian immigrants in Calgary, Canada. *Health & Social Work*, 38(1), 41-50.
88. McKeary, M., & Newbold, B. (2010). Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies*, 23(4), 523-545.
89. Sethi, M. S. (2013). Newcomers' health in Brantford and the Counties of Brant, Haldimand, and Norfolk: Perspectives of newcomers and service providers. *Journal of Immigrant Minority Health*, 15, 925-931.
90. Lai, D. W. L., & Surood, S. (2010). Types and factor structure of barriers to utilization of health services among aging South Asians in Calgary, Canada. *Canadian Journal on Aging*, 29(2), 249-258.
91. Fung, K., Lo, H. T., Srivastava, R., & Andermann, L. (2012). Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 165-184.
92. Koehn, S. (2009). Negotiating candidacy: ethnic minority seniors' access to care. *Aging & Society*, 29, 585-608.
93. Pahwa, P., Karunanayake, C. P., McCrosky, J., & Thorpe, L. (2012). Longitudinal trends in mental health among ethnic groups in Canada. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 32(3), 164-176.
94. Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair C., & Clinton, M. (2011). If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 279-290.
95. Guzder, J., Yohannes, S., & Zekowitz, P. (2013). Helpseeking of immigrant and native born parents: A qualitative study from a Montreal child day hospital. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), 275-281.
96. McMartin, S. E., Kingsbury, M., Dykxhoorn, J., & Coleman, I. (2014). Time trends in symptoms of mental illness in children and adolescents in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186(18), E672-E678.
97. Caron, J., & Liu, A. (2010). A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Diseases in Canada*, 30(3), 84-94.
98. Pakzad, S., Jbilou, J., Paulin, M. C., Fontaine, V., Donovan, D., Bélanger, M., & Bourque, P. E. (2013). Accès au diagnostic précoce de démence au Nouveau-Brunswick: perceptions d'usagers potentiels de services selon la langue et le milieu de vie. *Revue canadienne de santé publique*, 104(6)(Suppl 1): S16-S20.
99. Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2009). Primary mental health care information and services for St. John's visible minority immigrants: Gaps and opportunities. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 615-623.
100. Nilaweera, I., Doran, F., & Fisher, J. (2014). Prevalence, nature and determinants of postpartum mental health problems among women who have migrated from South Asian to high-income countries: A systematic review of the evidence. *Journal of Affective Disorders*, 166, 213-226.
101. O'Mahony, J., & Donnelly, T. (2010). Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: A review and analysis of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 917-928.

102. O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. (2013). How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 714–725.
103. Goldring, L., Berinstein, C., & Bernhard, J. (2009). Institutionalizing precarious immigration status in Canada. *Citizenship Studies*, 13(3), 239–265.
104. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2012). *Methods for the development of NICE public health guidance*. Third ed. Process and methods guides. London, UK: National Institute for Health and Care Excellence.
105. Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, P., Greenhaigh, T., Heneghan, C., Liberti, A., . Thornton, H. (2011). *The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence (Introductory Document)*. Oxford, UK: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Sur Internet : www.cebm.net/index.aspx?o=5653
106. Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J., and the Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 68–79.
107. Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7, 15.
108. Renzaho, A. M. N., Romios, P., Crock, C., & Sønderlund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care: a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261–269.
109. Bergeron, P., Auger, N., & Hamel, D. (2009). Poids, santé générale et santé mentale : la situation de divers sous-groupes d'immigrants au Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 100(3), 215–220.
110. Brach, C., & Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57(S1), 181–217.
111. Siegel, C., Haughland, G., Reid-Rose, L., & Hopper, K. (2011). Components of cultural competence in three mental health programs. *Psychiatric Services*, 62(6), 626–631.
112. Whealin, J. M., & Ruzek, J. (2008). Program evaluation for organizational cultural competence in mental health practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 320–328.
113. Woodland, L., Burgner, D., Paxton, G., & Zwi, K. (2010). Health service delivery for newly arrived refugee children: A framework for good practice. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 46, 560–567.
114. Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118, 293–302.
115. Antoniadou, J., Mazza, D., & Brijnath, B. (2014). Efficacy of depression treatments for immigrant patients: results from a systematic review. *BMC Psychiatry*, 14, 176.
116. Benish, S.G., Quintana, S., & Wampold, B.E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279–289.
117. Cabral, R. R., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537–554.
118. Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 44, 1131–1146.
119. Griner, D. & Smith, T. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531–548.

120. Huey Jr., S. J., Tilley, J. L., Jones, E. O., & Smith, C. A. (2014). The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 305-338.
121. Smith, T. B., Rodriguez, M. D., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 166-175.
122. van Loon, A., van Schaik, A., Dekker, J., & Beekman, A. (2013). Bridging the gap for ethnic minority adult outpatients with depression and anxiety disorders by culturally adapted treatments. *Journal of Affective Disorders*, 147, 9-16.
123. Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17. doi:10.1192/bjp.186.1.11
124. Franx, G., Oud, M., de Lange, J., Wensing, M., & Grol, R. (2012). Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implementation Science*, 7: 8. doi:10.1186/1748-5908-7-8
125. Middleton, S., Barnett, J., & Reeves, D. (2001). What Is an Integrated Care Pathway? Sur Internet : www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_an_ICP.pdf
126. Eghaneyan, B. H., Sanchez, K., & Mitschke, D. B. (2014). Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study. *Journal of Multidisciplinary Health Care*, 7, 503-513. doi:10.2147/JMDH.S69821
127. Province of Nova Scotia. (2008). Nova Scotia's New Collaborative Care Model: What It Means for You. Sur Internet : http://novascotia.ca/dhw/mocins/docs/MOCINS_What_it_Means_For_You.pdf
128. Cabassa, L. J., & Hansen, M. C. (2007). A systematic review of depression treatments in primary care for Latino adults. *Research on Social Work Practice*, 17(4), 494-503.
129. Huey Jr., S. J., & Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 262-301.
130. Burlew, A. K., Copeland, V. C., Ahuama-Jonas, C., & Calsyn, D. A. (2013). Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment? *Social Work in Public Health*, 28, 440-460.
131. Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237-251.
132. Gwozdziwycz, N., & Mehl-Madrona, L. (2013). Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *The Permanente Journal*, 17(1), 70-76.
133. Murray, K. E., Davidson, G. R., & Schweitzer, R. D. (2010). Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 576-585.
134. Williams, M. E., & Thompson, S. C. (2011). The use of community-based interventions in reducing morbidity from the psychological impact of conflict-related trauma among refugee populations: A systematic review of the literature. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13, 780-794.
135. Dorstyn, D. S., Saniotis, A., & Sobhanian, F. (2013). A systematic review of telecounseling and its effectiveness in managing depression amongst minority ethnic communities. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(6), 338-346.
136. Yellowlees, P., Marks, S., Hilty, D., & Shore, J. H. (2008). Using e-Health to enable culturally appropriate mental healthcare in Rural areas. *Telemedicine and e-Health*, 14(5), 486-492.
137. Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Sur Internet : www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/mhstrategy_case_for_investment_backgrounder_fre_0_0.pdf
138. Cook, B. L., Liu, Z., Lessios, A. S., Loder, S., & McGuire, T. (2015). The costs and benefits of reducing racial-ethnic disparities in Mental health care. *Psychiatric Services*, 66(4), 389-396.

139. Dixon, L., Lyles, A., Smith, C., Hoch, J. S., Fahey, M., Postrado, L., . . . Lehman, A. (2001). Use and costs of ambulatory care services among medicare enrollees with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(6), 786-792.
140. Harrington, C., & Kang, T. (2008). Disparities in service utilization and expenditures for individuals with developmental disabilities. *Disability and Health Journal*, 1, 184-195.
141. Manning, W., & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20, 461-494.
142. Zuvekas, S. H. (2001). Trends in mental health services use and spending, 1987-1996. *Health Affairs*, 20(2), 214-224.
143. Holtmann, C., & Tramonte, L. (2014). Tracking the emotional cost of immigration: Ethno-religious differences and women's mental health. *International Migration & Integration*, 15, 633-654.
144. Husaini, B. A., Sherkat, D. E., Levine, R. S., Craun, C., Hull, P. C., Cain, V. A., & Kilbourne, B. S. (2004). Age differences in the influence of race, SES, and psychiatric morbidity on healthcare utilization and expenditures. *Research in Healthcare Financial Management*, 9(1), 29-48.
145. Husaini, B. A., Sherkat, D. E., Levine, R., Holzer, C., Cain, V., Craun, C., & Hull, P. (2003). The influence of race, gender and mental disorder on healthcare service utilization and costs among the Medicare elderly. *Research in Healthcare Financial Management*, 8(1), 19-29.
146. Scheffler, R. M., & Miller, A. B. (1991). Differences in mental health service utilization among ethnic subpopulations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 14, 363-376.
147. McCrone, P., Menezes, P. R., Johnson, S., Scott, H., Thornicroft, G., Marshall, J., Kuipers, E. (2000). Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 464-472.
148. McCrone, P., Thornicroft, G., Parkman, S., Nathaniel-James, D., & Ojuronje, W. (1998). Predictors of mental health service costs for representative cases of psychoses in South London. *Psychological Medicine*, 28, 159-164.
149. Steele, L. S., Glazer, R. H., Lin, E., & Evans, M. (2004). Using administrative data to measure ambulatory mental health service provision in Primary Care. *Medical Care*, 42(10), 960-965.
150. Wray, R., Agic, B., Bennett-AbuAyyash, C., Kanee, M., Tuck, A., Lam, R., Hyman, I., for the Tri-Hospital + TPH Steering Committee. (2013). We ask because we care: The Tri-Hospital + TPH health equity data collection research project: Summary Report. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health, Mount Sinai Hospital, St. Michael's Hospital, and Toronto Public Health. Sur Internet : <https://www.porticonetwork.ca/web/health-equity/initiatives/tri-tph>

Annexes

Annexe A : Méthodologie

Annexe B : Cadres internationaux pour les pratiques prometteuses

Annexe C : Recension des pratiques prometteuses internationales

Annexe D : Pratiques canadiennes d'intérêt

Annexe A

Méthodologie

Les méthodes de recherche employées pour le projet Arguments en faveur de la diversité (AFD) comprennent une recension des écrits, une analyse secondaire des données existantes et un appel lancé à l'échelle nationale pour recueillir les pratiques prometteuses. Après avoir colligé l'information, l'équipe du projet AFD a tenu des consultations à Vancouver, Calgary, Ottawa, Toronto et Halifax afin de valider l'utilité de cette information et de mettre à l'essai des approches possibles de transfert des connaissances.

RECENSION DES ÉCRITS

Le projet AFD visait à constituer une bibliothèque d'information, pour ensuite en effectuer la synthèse. L'équipe a utilisé trois stratégies de recherche méthodologique, qui ont été élaborées et appliquées avec le concours des Services de bibliothèque du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

La première stratégie de recherche documentaire a recensé les articles canadiens évalués par des pairs portant sur la santé mentale et la toxicomanie chez les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels et racialisés (IRER), qui avaient été publiés depuis la parution du rapport *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services de la Commission de la santé mentale du Canada* (la CSMC)³. Le but de cette recherche était de recueillir tous les documents parus entre janvier 2009 et décembre 2014.

La deuxième recherche a pris la forme d'un survol de la documentation canadienne et internationale sur les pratiques exemplaires, prometteuses ou émergentes pour le soutien ou le traitement des populations IRER aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ou pour l'élaboration de programmes à leur intention. Les études de recherche publiées entre janvier 2000 et décembre 2014 au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis ont été incluses. En raison du grand nombre de pratiques prometteuses relevées dans la documentation, notre rapport présente les messages principaux dans ce corpus de connaissances, ainsi qu'un résumé de chaque article aux fins d'examen ultérieur. Les résumés ont été compilés en se basant sur les directives de santé publique de l'Institut national de santé et d'excellence clinique (NICE)¹⁰⁴ (annexe C).

La troisième recherche documentaire a recensé les écrits publiés jusqu'en mai 2015, qui portaient sur l'utilisation des services de santé mentale par les populations IRER et les coûts connexes dans les pays à revenu élevé. Des termes et mots clés provenant du répertoire de vedettes-matières médicales ont été utilisés, qui étaient propres aux trois bases de données interrogées : Scopus, Medline et PsycINFO. Tous les articles en français et en anglais ont été examinés.

ANALYSE SECONDAIRE DES DONNÉES – ÉTUDE DE CAS DE L'ONTARIO

L'équipe du projet AFD a mené une étude rétrospective descriptive pour évaluer les coûts des services de santé mentale engagés pour les immigrants et les réfugiés, comparés à ceux pour les nonimmigrants en Ontario. Cette étude a été réalisée conjointement avec l'Institut de recherche en services de santé. Les données sur les patients se rapportant aux services d'hôpitaux et de médecins médicalement nécessaires (hospitalisations, visites des urgences et rendezvous chez un médecin pour des motifs de santé mentale)¹⁴⁹ financés par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario ont été liées aux données de Citoyenneté et Immigration Canada, qui possède des dossiers sur tous les immigrants et réfugiés arrivés en Ontario depuis 1985.

CONSULTATIONS

L'équipe du projet AFD a mené une série de consultations en Nouvelle-Écosse, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique. Ces consultations ont été organisées en collaboration avec la CSMC, des intervenants locaux et des organismes partenaires. Les membres de l'équipe de projet se sont rendus sur place pour présenter l'information aux responsables des politiques, aux décideurs, aux gestionnaires et au personnel clinicien de première ligne d'organismes provinciaux et de santé, et pour diriger les groupes de discussion. Ces rencontres ont servi à valider les messages et l'information recueillis et à mobiliser les dirigeants et le personnel d'exécution des domaines de la santé, de la santé mentale, de l'établissement, des politiques et des services sociaux, de sorte à assurer la pertinence du projet AFD.

Annexe B

Cadres internationaux pour les pratiques prometteuses

Les experts ont établi des cadres pour aider à mettre en place de meilleurs services pour les populations variées. En plus de ces cadres, d'autres visent à préciser la teneur des services. Le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie ont conçu des cadres afin d'améliorer les services pour leurs diverses populations.

Les cadres sont essentiels pour les interventions fondées sur des données probantes, au même titre que les plans le sont pour un immeuble. Puisque ces cadres ont été mis au point à différents endroits pour différentes populations, il est impossible d'en effectuer une synthèse ou de rédiger un guide pratique élémentaire. Nous présentons plutôt les résumés des approches et encourageons les planificateurs de services à choisir celles qui répondent le mieux aux besoins de leurs populations.

- Publications évaluées par les pairs page 34
- Rapports provenant de la littérature grise. . . page 37

PUBLICATIONS ÉVALUÉES PAR LES PAIRS

« Health service delivery for newly arrived refugee children: A framework for good practice » Woodland, L., Burgner, D., Paxton, G., et Zwi, K. (2010). *Journal of Pediatrics and Child Health*, 46, 560-567.

Ce cadre expose les pratiques exemplaires qui favorisent l'accès amélioré, l'équité et la qualité des soins pour les enfants réfugiés en Australie. Il définit les 10 éléments suivants dont il faut tenir dans la modification des systèmes afin de protéger la santé et la santé mentale des enfants réfugiés et de prévenir les problèmes connexes :

1. Dépistage sanitaire complet et régulier
2. Coordination des soins de santé initiaux et courants
3. Intégration des soins de santé physique, développementale et psychologique
4. Participation des consommateurs
5. Prestation de services appropriés sur les plans culturel et linguistique
6. Collaboration intersectorielle
7. Services et traitements accessibles et abordables
8. Collecte, suivi et évaluation des données
9. Renforcement des capacités et viabilité
10. Défense des intérêts

Les auteurs ont conclu que les défis liés à l'optimisation des résultats pour la santé physique, mentale et développementale ne concernent pas uniquement les enfants réfugiés et leur famille.

« Toward evidence-based interventions for diverse populations: The San Francisco General Hospital prevention and treatment manuals » Muñoz, R. F., et Mendelson, T (2005). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 790-799.

Cet article décrit le processus d'élaboration du contenu d'un programme destiné principalement à des latinophones de l'hôpital général de San Francisco. Le cadre comporte trois étapes :

1. Choisir des principes et techniques thérapeutiques pertinents pour la population.
2. Déterminer les interventions adaptées sur le plan culturel :
 - faire participer les minorités ethniques à la conception des interventions, afin de ne pas seulement traduire les principes universels mais de les adapter;
 - reconnaître et respecter les valeurs culturelles dans les interventions;
 - être prêt à s'informer des thèmes spirituels et à les reconnaître et intégrer;

- instaurer un environnement sécuritaire pour discuter des différences culturelles et des attentes de la « nouvelle » culture;
 - être prêt à reconnaître les manifestations réelles du racisme, des préjugés et de la discrimination, et créer un lieu sûr pour la discussion.
3. Évaluer les résultats des interventions – toutes les évaluations sont valables. L'adaptation des interventions pour des groupes particuliers est efficace, et les principes et l'approche sont souvent généralement pertinents pour l'ensemble des groupes.

« Components of Cultural Competence in Three Mental Health Programs » Siegel, C., G. Haugland, L. Reid-Rose, et K. Hopper. 2011. *Psychiatric Services*, 62(6): 626-631.

Cet article décrit les composantes d'un programme communautaire fondé sur des données probantes qui sert de guide pour améliorer la compétence culturelle de toute initiative. Le guide comprend neuf composantes réparties entre les trois niveaux d'activité du programme :

1. Mobilisation :
 - compétence en communication culturelle – expressions familières et courantes et langage appropriés;
 - personnel exerçant des rôles culturellement acceptables (p. ex. mentor, membre de la famille ou enseignant);
 - renforcement de la confiance en conformité au cadre culturel;
 - réduction de la stigmatisation en conformité au cadre culturel;
2. Prestation des services :
 - milieu conforme au cadre culturel;
 - services nouveaux ou modifiés conformes au cadre culturel;
3. Soutiens et sensibilisation :
 - participation de pairs du groupe culturel (s'il y a lieu);
 - participation des membres de la famille acceptable sur le plan culturel;
 - participation des membres de la collectivité acceptable sur le plan culturel (p. ex. membres du clergé, aînés).

Ces composantes sont considérées comme un point de départ pour l'évaluation et l'amélioration des programmes.

« Guidelines for establishing a telemental health program to provide evidence-based therapy for trauma-exposed children and families » Jones, A. M., Sheely, K. M., Reid-Quiñones, K., Moreland, A. D., Davidson, T. M., López, C. M., Barr, S. C., et de Arellano, M. A. (2014). *Psychological Services*, 11(4), 398-409.

L'article présente des lignes directrices pour planifier et établir un programme de télésanté mentale. Les auteurs recommandent neuf composantes principales :

1. Partenariats communautaires – les organisations locales entretiennent des relations avec les membres de la collectivité, ce qui peut contribuer à renforcer la confiance et à jeter des ponts.
2. Protocole d'entente – formuler clairement les attentes communes des parties en cause.
3. Installation du matériel et ressources technologiques.
4. Logiciel de vidéoconférence – doit être conforme aux politiques; l'ensemble du personnel clinique doit suivre une formation.
5. Aménagement physique – la clinique satellite doit ressembler le plus possible à une salle thérapeutique.
6. Administration de la clinique – les locaux satellites doivent comprendre un agent de liaison désigné qui communique directement avec l'agent de liaison de la clinique de télésanté mentale.
7. Remboursement des coûts de service et coûts de démarrage – il faut déterminer ces coûts afin d'assurer la viabilité.
8. Modification du mode de prestation des thérapies – les cliniciens doivent envisager de modifier les documents et les activités pour les séances.

9. Prestation de services culturellement adaptés dans les régions rurales et éloignées– comprendre les vastes enjeux de la diversité et les valeurs culturelles locales.

« **Telepsychology: Research and practice overview** » Nelson, E. L., Bui, T. N., et Velasquez, S. E. (2011). *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20, 67–79.

Cette revue visait à décrire les principes de la télépsychiatrie. Les auteurs ont défini 10 principes pour la prestation efficace des services de télépsychiatrie :

1. Il faut maintenir les normes de base de la conduite professionnelle lors de l'utilisation des technologies de télésanté.
2. Il est essentiel d'assurer la confidentialité et l'intégrité de l'information échangée.
3. Tous les clients qui participent directement à une intervention de télésanté doivent être informés du processus, des risques, des avantages ainsi que de leurs droits et obligations. Ils doivent aussi fournir leur consentement éclairé.
4. Les services de télésanté offerts doivent respecter les principes de base de l'assurance de la qualité et des soins de santé professionnels, en conformité aux normes cliniques de chaque discipline de santé.
5. Chaque discipline de santé doit examiner les effets de la télésanté sur les modes de prestation des soins et élaborer ses propres processus pour assurer la compétence dans la prestation des soins au moyen des technologies de télésanté.
6. Des exigences de documentation des services de télésanté doivent être élaborées afin de documenter chaque rencontre. Ces exigences doivent comprendre des recommandations relatives aux traitements et à la communication avec les autres pourvoyeurs de services de santé, le cas échéant, et des protections adéquates de la confidentialité des clients.
7. Les directives cliniques en télésanté doivent être fondées sur des données empiriques.
8. Il faut préserver l'intégrité et la valeur thérapeutique de la relation entre le client et le praticien et l'utilisation de la télésanté ne doit pas les compromettre.
9. Les professionnels de la santé n'ont pas besoin de permis d'exercice supplémentaire pour offrir des services au moyen des technologies de télésanté.
10. Il faut assurer la sécurité des clients et des praticiens.

« **The Psychotherapy Adaptation and Modification Framework: Application to Asian Americans** » Hwang, W. C. (2006). *American Psychologist*, 61(7), 702–715.

Le cadre d'adaptation et de modification en psychothérapie comprend 6 domaines et 25 principes thérapeutiques. Il vise à adapter d'autres traitements validés empiriquement et à améliorer la formation clinique. Les six domaines sont les suivants :

1. Enjeux dynamiques et complexités culturelles
2. Orientation
3. Croyances culturelles
4. Relation entre le client et le thérapeute
5. Différences culturelles dans l'expression et la communication
6. Enjeux culturels prépondérants

Ce cadre fait fond sur le mouvement de la compétence culturelle et comprend des directives particulières pour appliquer les adaptations culturelles aux traitements éprouvés afin de favoriser la santé mentale des Amérsiens.

« **Transforming an evidence-based intervention to prevent perinatal depression for low-income Latina immigrants** » Le, H. N., Zmuda, J., Perry, D. F., et Muñoz, R. F. . 2010. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 34–45.

L'article décrit le processus itératif en cinq étapes pour adapter le cours de prévention de la dépression, un programme d'intervention de thérapie cognitivo-comportementale, pour les femmes hispaniques atteintes de dépression postpartum à San Francisco et à Washington, D.C. Le processus comprend les étapes suivantes :

1. Reconnaître le besoin.

2. Recueillir l'information sur la faisabilité et le besoin avec le personnel clinicien ou du centre communautaire, et déterminer le nombre de clientes afin d'identifier les groupes à risque élevé pouvant bénéficier d'une intervention préventive.
3. Concevoir des adaptations – définir l'outil et apporter des changements structurels et contextuels pour refléter la culture et le milieu de la population cible.
4. Mettre en œuvre, évaluer et améliorer les adaptations.
5. Reproduire et diffuser les résultats. Il faut tenir compte des enjeux liés à la culture et à la classe sociale dans la mise en œuvre des interventions fondées sur des données probantes.

« **Organizational cultural competence consultation to a mental health institution** » Fung, K., Lo, H. T., Srivastava, R., et Andermann, L. (2012). *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 165-184.

Fung, K., Lo, H. T., Srivastava, R., et Andermann, L. (2012). *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 165-184

Cet article décrit une approche pour évaluer la compétence culturelle d'une organisation et pour élaborer un cadre pour ce faire. Selon les auteurs, la compétence culturelle au niveau de l'organisation est évaluée dans huit domaines :

1. Principes et engagement (les valeurs, la mission et l'orientation stratégique de l'organisation doivent faciliter la compétence et la diversité culturelles).
2. Leadership (engagement de tous les échelons – cadres supérieurs et intermédiaires, chefs des services professionnels et médecins).
3. Ressources humaines (recrutement, rétention, formation et scolarité d'un effectif diversifié).
4. Communication (élaboration d'une stratégie exhaustive de soutien linguistique).
5. Soins des patients (compétence culturelle des individus et programmes culturellement adaptés).
6. Engagement des familles et des collectivités.
7. Environnement et ressources (p. ex. diversifier les expositions et souligner les événements culturels).
8. Données et planification (collecte de données sur les résultats des patients et utilisation de ces données dans la planification).

RAPPORTS PROVENANT DE LA LITTÉRATURE GRISE

« **Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches** » Betancourt, J. R., Green, A. R., et Carrillo, J. E. (2002). *The Commonwealth Fund, Publication n° 576*.

Ce rapport évalue les définitions de la compétence culturelle, recense les modèles de soins adaptés sur le plan culturel, expose les principales composantes de la compétence culturelle, et présente des recommandations pour mettre en place des interventions culturellement adaptées aux États-Unis. Les modèles de compétence culturelle décrits dans ce document proviennent d'établissements d'enseignement, d'organismes publics et de centres de santé communautaire.

Delivering Race Equality in Mental Health Care: An Action Plan for Reform Inside and Outside Services. United Kingdom Department of Health. (2005).

Le but du plan d'action est de parvenir à l'égalité et de s'attaquer à la discrimination dans les services de santé mentale au Royaume-Uni pour les populations noires et de minorités ethniques, y compris celles de descendance irlandaise ou méditerranéenne et les migrants d'Europe de l'Est. Le plan d'action présente les attentes et les recommandations pour améliorer les services, et renferme de l'information pour planifier des services adéquats et adaptés, mobiliser les communautés et améliorer la collecte et la diffusion des données.

« **Best Practices in Diversity Competency: Literature Review and Environmental Scan** » Arnold, S., et de Peuter Chick, J. (2008). *Healthy Diverse Populations. Healthy Living*, Alberta Health Services.

Recension commanditée par la région sanitaire de Calgary afin de mettre en place des services accessibles et adaptés pour les personnes, les familles et les communautés diversifiées. Le rapport présente les pratiques exemplaires glanées

dans la documentation savante et grise et les entrevues avec les répondants principaux des quatre régions sanitaires du Canada. Il y est aussi question des pratiques exemplaires au niveau des systèmes ou des organisations et de la prestation de soins, de formation et d'évaluation culturellement adaptés. Le rapport examine également les défis posés aux services de santé.

« Best Practices in Diversity Liaison Services: Literature Review and Environmental Scan » Arnold, S., et de Peuter Chick, J. (2008). *Healthy Diverse Populations. Healthy Living, Alberta Health Services.*

Les services de liaison respectant la diversité ont le potentiel d'aplanir les obstacles aux soins de santé en facilitant les relations entre les différentes populations et le système de soins de santé. Cette recension cherchait à constituer une base de données probantes sur les programmes de liaison et à fournir une orientation à mesure que les rôles à ce chapitre prennent de l'ampleur dans la région de Calgary. Le rapport souligne un nombre de domaines pour lesquels des pratiques exemplaires dans les services de liaison respectant la diversité ont été dégagées.

« Best Practices in Interpretation and Translation Services: Literature Review and Environmental Scan » Arnold, S., et de Peuter Chick, J. (2008). *Healthy Diverse Populations. Healthy Living, Alberta Health Services*

Le but du rapport était de dégager les pratiques exemplaires dans les services d'interprétation et de traduction et de proposer des moyens pour poursuivre l'expansion de ces services dans la région sanitaire de Calgary. Le rapport exposait les raisons d'être de l'offre de services d'interprétation et de traduction et les avantages de la prestation de soins de santé linguistiquement adaptés à la population canadienne diversifiée. Il renfermait aussi de l'information sur les services d'interprétation administrés centralement par la région.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) National Registry of Evidence-based Programs and Practices. SAMHSA. (2010). Retrieved from <http://nrepp.samhsa.gov>

Le registre comprend trois programmes et pratiques d'intérêt :

- La thérapie de l'acceptation et de l'engagement est une forme de thérapie cognitivocomportementale axée sur le contexte qui fait intervenir la pleine conscience et l'activation comportementale pour renforcer la souplesse psychologique. Cette thérapie a été utilisée dans des études afin de réduire les symptômes de dépression et de trouble obsessionnel-compulsif, d'atténuer la détresse causée par les hallucinations et les idées délirantes, et d'améliorer la santé mentale générale.
- Adaptation culturelle de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour de jeunes Portoricains. Cet élément décrit en particulier un programme de TCC adapté pour les jeunes Portoricains âgés de 13 à 17 ans qui sont atteints de dépression.
- Intervention préventive auprès de familles unies. Un programme à l'intention des familles hispaniques ayant des enfants de 12 à 17 ans, qui vise à prévenir les troubles de comportement ainsi que la consommation de drogues illicites, d'alcool et de cigarettes.

Annexe C

Recension des pratiques prometteuses internationales

Les pratiques prometteuses exposées dans ce rapport consistent en des programmes, politiques, interventions, etc. qui peuvent réduire efficacement les disparités dans la prestation des services aux communautés d'immigrants, de réfugiés, ethnoculturelles et racialisées (IRER). L'équipe de recherche du projet AFD a eu recours aux types d'étude définis dans les directives de santé publique de l'Institut national de santé et d'excellence clinique (NICE) afin de recenser et d'organiser les différentes approches pour évaluer les pratiques prometteuses¹⁰⁴. Un résumé de chaque étude est présenté.

PRATIQUES PROMETTEUSES – ÉTUDES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES DE TRAITEMENTS

Études quantitatives expérimentales

Essais contrôlés randomisés

« A home study-based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life –A randomized, controlled trial » Moritz, S., Quan, H., Rickhi, B., Liu, M., Angen, M., Vintila, R., Sawa, R., Soriano, J., et Toews, J. (2006). *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(6), 26-35.

Un essai contrôlé randomisé non à l'insu d'un programme à domicile d'études de spiritualité a été comparé à un programme de réduction du stress axé sur la pleine conscience et la méditation et à un groupe témoin sur la liste d'attente à Calgary, Alberta. Après huit semaines, les scores de dépression et le profil des états de l'humeur s'étaient améliorés dans les trois groupes. Les scores différaient sensiblement pour les deux groupes d'essai comparés à ceux du groupe témoin. Lors du suivi après quatre semaines, les scores de perturbation de l'humeur étaient en moyenne inférieurs de 31,4 points au score repère du groupe du programme de spiritualité et de 22,1 points au score repère du groupe du programme de méditation. Le programme d'intervention en spiritualité à domicile est économique et facilement accessible et peut améliorer l'humeur et la qualité de vie à court terme.

« Effectiveness of the engagement and counseling for Latinos (ECLA) intervention in low-income Latinos » Alegria, M., Ludman, E., Kafali, E. N., Lapatin, S., Vila, D., Shrout, P. E., Keefe, K., Cook, B., Ault, A., Lia, X., Bauer, A. M., Epelbaum, C., Alcantara, C., Pineda, T. I. G., Tejera, G. G., Suau, G., Leon, K., Lessios, A. S., Ramirez, R. R., et Canino, G. (2014). *Medical Care*, 52(11), 989-997.

Cet article évaluait les deux modes de traitement (par téléphone et en personne) d'un programme de TCC culturellement adapté, comparativement aux soins habituels. Après le traitement, les scores du questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) et de la liste de contrôle des symptômes Harvard étaient de beaucoup inférieurs pour les deux modes de traitement adapté comparativement aux soins habituels. La comparaison de l'intervention ECLA par téléphone et de celle en personne n'a fait état d'aucune différence dans les scores du PHQ-9 ou de la liste Harvard. Cet essai contrôlé randomisé (ECR) a montré que le programme adapté avait sensiblement réduit les symptômes et les déficiences fonctionnelles chez les latinophones à Boston, Massachusetts, et à San Juan, Porto Rico.

Études quantitatives observationnelle

Étude cas-témoin

« Culturally attuned Internet treatment for depression amongst Chinese Australians: A randomised controlled trial » Choi, I., Zuo, J., Titov, N., Dear, B.F., Li, S., Johnston, L., Andrews, G. et Hunt, C. (2012). *Journal of Affective Disorders*, 136, 459-468.

Cette étude a comparé les participants d'un programme de TCC par Internet (TCC-I) avec les membres d'un groupe témoin figurant depuis longtemps sur la liste d'attente. Les résultats de l'étude ont révélé que le groupe ayant suivi un traitement pour la dépression avait obtenu des scores de beaucoup inférieurs sur le questionnaire de dépression de Beck (version chinoise : CDBI) et le questionnaire sur la santé du patient (version chinoise : CB-PHQ-9) comparés à ceux du groupe témoin. Les participants étaient satisfaits de leur traitement car, à leur avis, il leur avait transmis des techniques pour atténuer leurs symptômes et représentait un bon usage de leur temps. Lors du suivi après trois mois, les

membres du groupe traité avaient maintenu leur score inférieur, et 84 % ne répondaient plus aux critères du diagnostic de dépression majeure. Les programmes de TCC-I adaptés aux croyances et aux modèles culturels peuvent fournir des thérapies éprouvées et culturellement pertinentes à de nombreux destinataires.

Études de cohorte

« The effectiveness of cultural adjustment and trauma services (CATS): Generating practice-based evidence on a comprehensive, school-based mental health intervention for immigrant youth » Beehler, S., Birman, D., et Campbell, R. (2012). *American Journal of Community Psychology*, 50, 155-168.

Cette étude décrit un programme global de santé mentale en milieu scolaire pour les jeunes immigrants et évalue le lien entre les éléments de traitements distincts et leurs résultats. L'étude a fait état d'une diminution des déficiences fonctionnelles attribuable aux effets cumulatifs substantiels de la thérapie de soutien, de la TCC axée sur les traumatismes et de la TCC standard. Elle a constaté l'interaction entre les trois services, à savoir que les élèves ayant reçu une combinaison de services avaient obtenu de meilleurs résultats. Les symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) se sont atténués grâce à la TCC axée sur les traumatismes et à la coordination des services, mais les services combinés n'ont pas eu d'effet sur ces symptômes. Les différentes composantes de service du programme de CATS ont affecté différemment les résultats, et la combinaison des composantes de service peut contribuer à soutenir efficacement la santé mentale des clients.

« Development and Implementation of the Culturally Competent Program with Cambodians: The pilot psycho-social-cultural treatment group program » Han, M., Valencia, M., Lee, Y.S., et De Leon, J. (2012). *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 21, 212-230.

Cette étude pilote décrit les composantes d'un traitement psychosocial culturel de groupe et évalue son efficacité auprès de réfugiés cambodgiens. Ce traitement s'inscrit dans un programme de 12 semaines qui cible les traumatismes cumulatifs (préalables et subséquents à la migration) et les perturbations cognitives; tient compte de la somatisation à titre de caractéristique du TSPT; et fait intervenir la perception des traumatismes et le processus d'adaptation dans le système de valeurs culturelles. Les participants à l'étude pilote ont tous obtenu des scores inférieurs sur le questionnaire sur les traumatismes du TSPT Harvard, auquel ils ont répondu avant et après le programme. Les auteurs ont conclu que les techniques combinées utilisées dans le programme, les considérations culturelles et la participation communautaire contribuent à améliorer la santé mentale.

« Retention in mental health care of Portuguese-speaking patients » Gonçalves, M., Cook, B., Mulvaney-Day, N., Alegria M., et Kinrya, G. (2013). *Transcultural Psychiatry*, 50(1), 92-107.

Cette étude a examiné les effets d'un service particulier linguistiquement et culturellement adapté sur l'efficacité des soins, le recours aux urgences et les soins hospitaliers de lusophones dans le système de soins de santé de la Nouvelle-Angleterre. Le programme de santé mentale pour Portugais est dispensé dans une clinique culturellement et linguistiquement adaptée, qui est située dans un hôpital urbain du système de sécurité sociale du nord-est des États-Unis. D'après les résultats de l'étude, il était plus probable que les clients de ce programme reçoivent des soins adéquats et conformes aux lignes directrices relatives aux traitements éprouvés pour un trouble dépressif, comparés aux clients lusophones recevant des soins standards. Aucune différence n'a été constatée dans l'utilisation des soins d'urgence ou les soins hospitaliers entre les clients du programme et ceux recevant des soins habituels.

Études corrélationnelles

« Language brokering context and behavioral and emotional adjustment among Latino parents and adolescents » Martinez Jr., C.R., McClure, H.H., et Eddy, J.M. (2009). *Journal of Early Adolescence*, 29(1), 71-98.

L'article a examiné les liens entre les enfants exerçant un rôle d'intermédiaire linguistique, d'une part, et la santé mentale et la toxicomanie, d'autre part. Dans le cadre de l'étude, des familles ont été recrutées par un programme existant de formation parentale destiné aux familles latinophones avec enfants récemment établies. L'étude a révélé que les pères des familles où les enfants exercent un rôle d'intermédiaire linguistique (où les deux parents ne parlent pas anglais) présentaient un taux plus élevé de dépression et de stress professionnel que ceux de familles où ce rôle était limité. Les adolescents dans ces dernières familles étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer une consommation de tabac, d'alcool ou de substances intoxicantes que les adolescents dont les parents parlaient peu l'anglais (80 % de ces

adolescents en consommaient). Les auteurs ont conclu que le recours aux enfants à titre d'intermédiaires linguistiques suscite des tensions élevées chez tous les membres de la famille.

« Feasibility and effectiveness of telepsychiatry services for Chinese immigrants in a nursing home » Yeung, A., Johnson, D. P., Trinh, N. H., Weng, W. C. C., Kvedar, J., et Fava, M. (2009). *Telemedicine and e-Health*, 15(4), 336-341.

Cette étude pilote longitudinale a porté sur la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité des services de télépsychiatrie pour les immigrants chinois âgés ayant reçu un diagnostic d'anxiété, de dépression, de démence ou de trouble obsessionnelcompulsif. Selon cette étude, il n'était pas difficile d'utiliser la vidéoconférence, des améliorations ont été constatées chez la majorité des participants et tous les intervenants étaient satisfaits du processus. En utilisant la vidéoconférence, un psychiatre peut évaluer l'état psychologique d'une personne sans dépendre de rapports indirects, bien qu'une approche multidisciplinaire soit nécessaire.

« Determinants and consequences of child culture brokering in families from the former Soviet Union » Jones, C. J., Trickett, E. J., et Birman, D. (2012). *American Journal of Community Psychology*, 50, 182-196.

Cette étude a exploré les prédicteurs et les conséquences du recours aux enfants à titre d'intermédiaires culturels pour les immigrants et réfugiés de l'exURSS. Elle a fait état d'une corrélation directe entre la mésentente dans les familles, la détresse émotionnelle des enfants et le rôle d'intermédiaire culturel. Les familles dont les parents maîtrisaient peu l'anglais avaient plus souvent recours aux enfants comme intermédiaires culturels, ce qui a intensifié la détresse émotionnelle de ces derniers. Plus de désaccords régnaient dans les familles dont les enfants agissaient comme intermédiaires pour leurs parents, ce qui aggravait leur détresse émotionnelle.

« Telepsychiatry services for Korean immigrants » Ye, J., Shim, R., Lukaszewski, T., Yun, K., Kim, S.Y., et Rust, G. (2012). *Telemedicine and e-Health*, 18(10), 797-802.

Cette étude pilote sur la télépsychiatrie a fait appel à des praticiens bilingues et biculturels en santé mentale de la Californie pour offrir un soutien à des immigrants coréens prestataires de services de santé mentale, qui résidaient à Atlanta, en Géorgie. Les participants ont apprécié la commodité des services et la facilité d'accès, la sécurité et la protection de leur vie privée, et le fait qu'ils aient une langue et une culture communes avec les praticiens en santé mentale. Certains participants ont cependant mentionné des pépins techniques et des difficultés à nouer un lien et à se sentir en confiance. Les patients qui peuvent communiquer dans leur langue maternelle peuvent mieux exprimer leurs sentiments, leur inconfort émotionnel ou leurs facteurs de stress social. Toutefois, l'infrastructure technologique doit être en place pour soutenir adéquatement les services de télépsychiatrie.

Série chronologique interrompue

« International Family, Adult, and Child Enhancement Services (FACES): A community-based comprehensive services model for refugee children in resettlement » Birman, D., Beehler, S., Harris, E. M., Everson, M. L., Batia, K., Liataud, J., Frazier, S., Atkins, M., Blanton, S., Buwalda, J., Fogg, L., et Cappella, E. (2008). *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(1), 121-132.

L'article décrit le programme international FACES et examine les résultats cliniques des enfants et adolescents réfugiés. FACES est un programme de santé mentale communautaire qui offre des services complets aux enfants, aux adolescents et à leur famille. Le personnel emploie une approche d'équipe multidisciplinaire et multiethnique et s'acquitte d'une responsabilité conjointe dans la réponse aux besoins des clients. L'étude a révélé que les scores moyens des enfants et des adolescents participants s'étaient améliorés avec le temps.

Études qualitatives

Groupes de discussion

« Promising group practices to empower low-income minority women coping with chemical dependency » Washington, O. G. M., et Moxley, D. P. (2003). *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 109-116.

Les participantes à deux thérapies de groupe adaptées ont fait part de leurs points de vue sur le rôle de ces thérapies dans leur rétablissement. Les interventions dans le groupe de thérapie cognitive favorisent la réflexion sur les

circonstances personnelles et la capacité d'achever des activités structurées dans un environnement sécuritaire. Selon les membres du groupe de la thérapie expérientielle, celle-ci les a aidés à « calmer leur esprit », car elle favorise la catharsis en réduisant l'émotivité ainsi que l'expression constructive des sentiments refoulés. Les deux thérapies présentent des avantages distincts pour le processus de rétablissement et contribuent conjointement à l'obtention de résultats de rétablissement spécifiques pour réduire la prévalence des toxicomanies.

« **Group cognitive-behavioral therapy for depression in Spanish: Culture-sensitive manualized treatment in practice** » Aguilera, A., Garza, M. J. et Muñoz, R. F. (2010). *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66(8), 857-867.

La thérapie pour dépression de groupe d'une durée de 16 semaines, intitulée saine gestion de la réalité, compte 4 modules axés sur les pensées (interventions cognitives), les activités (activation comportementale), les personnes (formation en compétences interpersonnelles), et la santé (santé physique et traitements). Ce programme est conçu pour un groupe continu, auquel les clients s'inscrivent progressivement. Le groupe se rencontre chaque semaine, et les participants choisissent deux ou trois tâches dans un menu d'exercices. Les concepteurs du programme ont aussi mentionné deux nouvelles techniques de cybersanté : un guide audio et Txt4Mood, qui sont mises à l'essai dans un projet pilote et soumises à un essai d'utilisation.

« **Multi-family psycho-education group for assertive community treatment clients and families of culturally diverse background: A pilot study** » Chow, W., Law, S., Andermann, L., Yang, J., Leszcz, M., Wong, J., et Sadavoy, J. (2010). *Community Mental Health Journal*, 46, 364-371.

Cette étude a évalué l'acceptation d'une approche de psychoéducation multifamiliale en groupe et son efficacité à alléger le fardeau perçu et à améliorer le bien-être psychologique des membres de la famille. Un projet pilote a eu lieu auprès de membres de familles tamoules et chinoises, qui participaient à un programme de suivi intensif dans le milieu à Toronto. Cette approche semble être efficace pour alléger le fardeau familial causé par les troubles mentaux, ainsi que pour réduire la stigmatisation et la honte chez des populations culturelles variées. Les membres des familles qui ont pris part au programme ont approfondi leur connaissance de l'état de leurs proches, ce qui a amélioré les relations entre les clients et leur famille.

Études par entrevues

« **Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies** » Kirmayer, L.J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., et Jarvis, E. (2003). *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153.

Cet article décrit et évalue un service de consultation culturelle à Montréal (Québec) et présente des études de cas. Trois différents services de consultation étaient offerts : l'évaluation directe des clients, une rencontre de consultation avec le clinicien orienteur, et une rencontre avec l'organisme communautaire orienteur. Les conclusions montrent que les cliniciens orienteurs sont très satisfaits du service offert, qu'ils l'utiliseraient à nouveau et le recommanderaient à leurs collègues.

« **Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: Cultural considerations** » Okuda, M., Balán, I., Petry, N.M., Oquendo, M., et Blanco, C. (2009). *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1325-1330.

Cet article décrit une étude de cas portant sur des techniques de TCC modifiées pour le jeu pathologique. Les implications de l'étude de cas sont que les croyances culturelles peuvent contribuer à l'étiologie des troubles psychiatriques. Au lieu de remettre en question et de minimiser directement les normes culturelles, il peut être plus efficace de modifier légèrement et progressivement les techniques de TCC.

« **Culturally adapted cognitive-behavior therapy: Integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent** » Duarté-Vélez, Y., Bernal, G., et Bonilla, K. (2010). *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66(8), 895-906.

Cette étude de cas porte sur un client adolescent, pour lequel un diagnostic de dépression majeure avait été établi, qui a participé à un essai clinique randomisé (ECR) sur un programme de TCC culturellement adapté. La description illustre la façon dont la TCC culturellement adaptée peut être conforme au protocole de cette thérapie, tout en demeurant souple

pour tenir compte des valeurs, des préférences et des contextes du patient. La souplesse voulue pour répondre aux caractéristiques uniques d'un client ne compromet pas l'intégrité des traitements fondés sur des données probantes.

« Working with culture: culturally appropriate mental health care for Asian Americans » Park, M., Chesla, C. A., Rehm, R. S., et Chun, K. M. (2011). *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2373-2382.

Analyse descriptive des entrevues menées par 20 professionnels de la santé ayant offert des services adaptés à des Amérsiens. Les services adaptés comprennent les caractéristiques communes suivantes : le recours aux intermédiaires culturels, le soutien des familles en transition, et l'exploitation du savoir culturel pour améliorer les soins. Les professionnels de la santé ont reconnu le rôle crucial des familles asiatiques dans le rétablissement de leurs proches et des efforts des pourvoyeurs de soins pour aider les familles tout au long des traitements. Les soins culturellement sensibles sont nuancés et propres au contexte. Cependant, il peut être préférable qu'un groupe plus nombreux que le patient seul, notamment les membres de la famille et les amis, intervienne dans les soins pour obtenir des résultats déterminants.

Autres

« The Transcultural Wellness Center: Rehabilitation and recovery in Asian and Pacific Islander mental health care » Cameron, R. P., Ton, H., Yang, C., Endriga, M.C., Lan, M. F., et Koike, A. K. (2008). *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 7(3/4), 284-314.

Le Transcultural Wellness Center (TWC) (centre de mieux-être interculturel) est un partenariat créé en 2006, qui est administré par l'organisme Asian Pacific Community Counselling (APCC). Il a été établi en 2004 en collaboration avec le département de la santé et des services sociaux du comté de Sacramento, sous le régime de la Mental Health Services Act (MHSA) (loi sur les services de santé mentale) de la Californie. La MHSA a jeté les bases pour des services et soins novateurs qui sont adaptés à la population diversifiée de cette région. L'étude de cas décrit l'historique de la mise en place du TWC, les partenariats avec l'APCC, l'embauche du personnel du TWC, et le modèle des soins qui y sont offerts. La promulgation de la MHSA a facilité ces réalisations.

PRATIQUES PROMETTEUSES—REVUES

Méta-analyses

« Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review » Griner, D. et Smith, T. (2006). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531-548.

Cette méta-analyse résumait la documentation empirique sur les résultats des services de santé mentale culturellement adaptés. La recherche a recensé 76 études portant sur une variété de traitements et de groupes ethniques (Afro-Américains, Hispaniques [Latino-Américains], Amérsiens, Autochtones américains, et EuroAméricains). La taille pondérée des effets randomisés était de 0,45 (erreur type = 0,04, intervalle de confiance [IC] à 95 % = 0,36, 0,53) avec un degré de variabilité élevé ($Q(75) = 459,0$), ce qui signifie que la taille d'effet globale était probablement tempérée par d'autres facteurs. Les interventions dans les groupes de participants de même race étaient quatre fois plus efficaces que celles dans les groupes de races mixtes. Le jumelage linguistique était deux fois plus efficace que le nonjumelage. Tous les travaux de recherche étaient inclus, quelle que soit leur qualité. Donc, les résultats peuvent refléter l'état actuel de la recherche plutôt que l'ampleur réelle des effets.

« Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis » Benish, S.G., Quintana, S., et Wampold, B.E. (2011). *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279-289.

Cette méta-analyse visait deux objectifs : déterminer l'efficacité des psychothérapies culturellement adaptées et examiner les théories expliquant leur efficacité accrue. Les articles publiés avant janvier 2010 étaient inclus : 59 études ont été recensées, dont 21 ont été reconnues admissibles (d'après les critères établis précédemment). Dix études étaient adaptées en fonction du « mythe de la maladie », d'après le Barts Explanatory Model Inventory (BEMI) (répertoire des modèles explicatifs Barts). La taille d'effet (toutes les études) a privilégié la psychothérapie culturellement adaptée à titre d'indicateur de résultat primaire pour chaque étude (taille d'effet = 0,41, IC à 95 % = 0,34, 0,48) et de tous

les indicateurs (taille d'effet = 0,33). La taille d'effet pour les études admissibles relativement à l'indicateur primaire privilégiait la psychothérapie culturellement adaptée (taille d'effet = 0,32, IC à 95 % = 0,21, 0,43). Seule l'adaptation du mythe a tempéré les résultats liés à la taille d'effet. L'adaptation du mythe a amélioré les résultats de l'ordre de 0,21, comparativement aux traitements culturellement pertinents sans adaptation du mythe. Elle n'a eu aucun effet sur le modèle intégral lorsque les traitements non adaptés étaient inclus. La psychothérapie culturellement adaptée produit de meilleurs résultats pour les clients ethniques et racialisés que ceux de la psychothérapie standard, mais l'adaptation du mythe constitue un élément crucial pour les résultats de la psychothérapie culturellement adaptée.

« Culture » Smith, T. B., Rodriguez, M. D., et Bernal, G. (2011). *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 166–175.

Cette méta-analyse de la documentation publiée entre janvier 2004 et juillet 2009 comprenait les études sur les expériences des clients recevant des traitements en santé mentale, qui reflétaient explicitement leur culture, leur race ou leur ethnicité. En général, les clients recevant des traitements culturellement adaptés ont obtenu de meilleurs résultats que ceux du groupe témoin (taille d'effet = 0,46, IC à 95 % = 0,36, 0,56). L'ampleur de la taille d'effet des études auprès d'adultes tendait à être supérieure à celle d'études auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes. L'effet des résultats était supérieur lorsque les traitements étaient fournis à des groupes ethniques spécifiques (taille d'effet = 0,51, IC à 95 % = 0,40, 0,63) plutôt qu'à des groupes ethniques mixtes (taille d'effet = 0,18, IC à 95 % = 0,08, 0,44). Les résultats différaient selon le groupe ethnique. En effet, les effets étaient plus importants chez les Américains d'Asie (taille d'effet = 1,18), suivis des Afro-Américains (taille d'effet = 0,47) et des Hispaniques (taille d'effet = 0,47). Les résultats des traitements en santé mentale culturellement adaptés étaient modérément supérieurs à ceux des programmes sans adaptations culturelles explicites.

« Bridging the gap for ethnic minority adult outpatients with depression and anxiety disorders by culturally adapted treatments » van Loon, A., van Schaik, A., Dekker, J., et Beekman, A. (2013). *Journal of Affective Disorders*, 147, 9–16.

Le but de cette revue et méta-analyse était de considérer les résultats des interventions culturellement adaptées et conformes aux lignes directrices, qui sont utilisées pour la dépression et l'anxiété. Les études comprises dans la revue portaient sur des psychothérapies adaptées de la TCC, la thérapie pour neutraliser les attaques de panique, et la thérapie d'exposition auprès d'Afro-Américains, d'Américains d'Asie et de Latino-Américains. La taille d'effet totalisée pour tous les participants était grande (taille d'effet = 1,06, IC à 95 % = 0,52, 1,30). Les traitements étaient plus efficaces pour l'anxiété (taille d'effet = 1,73) que pour la dépression (taille d'effet = 0,35), ainsi que pour les Américains d'Asie (taille d'effet = 1,48) que pour les Latino-Américains (taille d'effet = 0,50). Deux études ont évalué l'effet de l'adaptation comparée aux traitements standards, mais les résultats étaient mitigés. L'une des deux études a montré un important effet absolu postérieur aux interventions culturellement adaptées, tandis que l'autre n'a relevé aucun effet significatif par rapport au groupe témoin. Les résultats montrent que l'utilisation d'interventions adaptées peut mieux convenir aux groupes ethniques minoritaires.

« Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth » Huey Jr., S. J., et Polo, A. J. (2008). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 262–301.

Cette recension des écrits portait sur les études de traitements éprouvés publiées entre 1960 et 2006. Les études recensées ont été évaluées quant à la qualité des traitements éprouvés, en utilisant les critères du groupe de travail de l'Association américaine de psychologie ainsi que les critères et considérations pour les jeunes de minorités ethniques définis par Nathan et Gorman (2002). Les études recensées portaient sur l'anxiété, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, la dépression, les problèmes de comportement, la consommation de substances intoxicantes, les syndromes causés par les traumatismes, et d'autres problèmes cliniques. Il a été déterminé que la TCC de groupe pour l'anxiété peut être efficace pour les jeunes Hispaniques et Afro-Américains (deux études). La TCC a été classée comme d'efficacité probable pour la dépression chez les jeunes latinophones (une étude), de même que la psychothérapie interpersonnelle (une étude). La thérapie familiale multidimensionnelle était considérée comme d'efficacité probable pour les jeunes issus de minorités ethniques qui font un usage abusif des drogues (une étude), de même que la thérapie multisystémique pour les jeunes Afro-Américains consommant des drogues illicites (deux études). Les auteurs ont effectué une méta-analyse (25 études) comparant un traitement actif avec l'absence de traitement, un placebo ou un traitement habituel, constatant des effets moyens du traitement par rapport au groupe témoin (taille d'effet = 0,44, erreur type = 0,06, IC à 95 % = 0,32, 0,56). Quelques études seulement ont examiné les résultats au cours de la période postérieure au traitement, et celles-ci se sont surtout attardées aux jeunes présentant des troubles de comportement.

« Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions and outcomes » Cabral, R.R., et Smith, T. B. (2011). *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537-554.

Cette méta-analyse portait sur l'efficacité du jumelage racial et ethnique entre les thérapeutes et les clients des services de santé mentale. La recherche de documents s'est poursuivie pendant plusieurs années afin de recueillir ceux publiés jusqu'en 2008. Au total, 154 études ont été recensées (52 comportant des tailles d'effet relatives aux préférences des participants pour un jumelage racial et ethnique; 81 avec des tailles d'effet pour les perceptions des participants à l'égard du jumelage racial et ethnique avec des thérapeutes; 53 avec des tailles d'effet propres aux résultats des clients liés au jumelage). La métaanalyse a fait état d'une préférence modérément marquée pour un thérapeute jumelé (taille d'effet = 0,63, erreur type = 0,08, IC à 95 % = 0,48, 0,78). L'évaluation des thérapeutes jumelés était légèrement plus favorable que celle des thérapeutes non jumelés (taille d'effet = 0,32, erreur type = 0,07, IC à 95 % = 0,19, 0,45), mais il n'y avait presque aucune différence dans les résultats des traitements entre les thérapeutes jumelés et non jumelés (taille d'effet = 0,09, erreur type = 0,02, IC à 95 % = 0,05, 0,13). Les résultats ont été comparés pour l'ensemble des groupes ethniques : les tailles d'effet pour les AfroAméricains étaient significativement différentes de zéro dans les trois catégories. Les Amériasiens présentaient de légères préférences pour un thérapeute jumelé, mais les évaluaient de façon plus favorable; et les Latino-Américains ont exprimé des préférences modérées pour un thérapeute jumelé sans toutefois les évaluer différemment. Il semble que la santé se soit améliorée indépendamment du jumelage (sauf peut-être chez les Afro-Américains).

« Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations » Gwozdziwycz, N., et Mehl-Madrona, L. (2013). *The Permanente Journal*, 17(1), 70-76.

Cette méta-analyse a exploré l'efficacité de la thérapie d'exposition narrative (TEN) à court terme pour réduire le TSPT ou les traumatismes chez les réfugiés comparée à d'autres méthodes. Les sept études ayant satisfait les critères de cette analyse ont fait état en général de résultats supérieurs chez les participants à la TEN que ceux recevant d'autres thérapies, d'après les tailles d'effet combinées. Le recours à la TEN plutôt qu'à d'autres méthodes comportait un effet moyen dans l'ensemble des études (taille d'effet = 0,63; IC à 95 % = 0,29, 1,07). Dans les études où l'on recourait aux médecins, aux étudiants diplômés adéquatement formés ou aux deux, la TEN était d'efficacité moyenne (taille d'effet = 0,53, IC à 95 % = 0,03, 1,09). La taille d'effet était grande dans les études où les réfugiés agissaient en tant que conseillers (taille d'effet = 1,02, IC à 95 % = 0,83, 1,21). La TEN semble se comparer favorablement aux autres méthodes de traitement, surtout lorsqu'elles sont dispensées par des réfugiés conseillers qui ont été formés localement.

Revue systématique

« Can cultural competence reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model » Brach, C., et Fraser, I. (2000). *Medical Care Research and Review*, 57(S1), 181-217.

Cette revue d'articles (1990-1999) a été rédigée pour élaborer un modèle conceptuel concernant le potentiel de la compétence culturelle à réduire les disparités en matière de santé. Elle a présenté neuf techniques susceptibles de réduire les disparités : 1) les services d'interprètes; 2) le recrutement et la rétention du personnel; 3) la formation du personnel; 4) la coordination avec les guérisseurs traditionnels; 5) le recours aux travailleurs de santé communautaire; 6) la promotion des services de santé culturellement adaptés; 7) la participation des membres de la famille ou de la collectivité; 8) l'immersion dans l'autre culture; et 9) les adaptations administratives et organisationnelles (p. ex. l'horaire et le lieu des cliniques). La revue a relevé des preuves que le recours aux interprètes professionnels plutôt qu'à des interprètes bénévoles favorise l'utilisation des services et la satisfaction, réduit les cas de non-conformité, et aide à éliminer les disparités dans la qualité des soins et les résultats.

« Culturally competent healthcare systems: a systematic review » Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., and the Task Force on Community Preventive Services. (2003). *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 68-79.

Cette revue systématique a recueilli des preuves entre 1965 et 2001 relatives à cinq interventions : 1) la rétention et le recrutement de personnel, 2) l'utilisation de services d'interprétation, 3) la formation en compétence culturelle pour les pourvoyeurs de soins de santé, 4) l'utilisation de documents de formation pertinents sur les plans linguistique et culturel, et 5) les milieux de soins de santé culturellement spécifiques. Les auteurs n'ont cependant pu déterminer

l'efficacité d'aucune de ces interventions, soit en raison du nombre restreint d'études comparatives ou parce que les études n'avaient pas examiné les indicateurs de résultat évalués dans cette revue, c'est-à-dire la satisfaction des clients à l'égard des soins, les améliorations de l'état de santé, et les différences raciales ou ethniques inappropriées dans les services de santé ou les traitements recommandés et reçus.

« **Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations** » Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., et Bhugra, D. (2007). *BMC Health Services Research*, 7, 15.

Cette recherche documentaire systématique (1985-juin 2004) visait à définir et à décrire les modèles de compétence culturelle et à en évaluer l'efficacité dans les milieux de soins en santé mentale. Les principales caractéristiques de la compétence culturelle suivantes ont été dégagées des neuf études ayant répondu aux critères d'admissibilité : l'ensemble des compétences ou processus avec lequel les professionnels de la santé mentale peuvent offrir des services culturellement appropriés aux différentes populations qu'ils servent; l'attention portée aux différences linguistiques, aux influences culturelles sur les attitudes et la demande d'aide; et la volonté et le souhait véritables d'apprendre au sujet d'autres cultures et non seulement pour répondre à une exigence gestionnelle. Une preuve limitée de l'efficacité de la compétence culturelle a été recueillie. Les conclusions laissent entendre que les personnes culturellement compétentes peuvent reconnaître, accepter et valoriser les différences culturelles. La formation en ce sens est importante, bien que la forme et les cadres organisationnels pour en évaluer les impacts demeurent sous-développés.

« **Program evaluation for organizational cultural competence in mental health practices** » Whealin, J.M., et Ruzek, J. (2008). *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 320-328.

Cette synthèse visait à produire un processus pour évaluer, renforcer et documenter la compétence culturelle pour les cabinets et les cliniques de santé mentale de petite taille. Le processus comportait 10 étapes suggérées :

1. Obtenir le soutien de l'organisation – ce qui peut nécessiter la formation et la sensibilisation des dirigeants et du personnel clinique.
2. Revoir et actualiser la mission et les politiques – qui doivent cadrer avec les valeurs afin de promouvoir le respect de la diversité et d'établir des cadres obligatoires pour l'évaluation continue de l'organisation.
3. Améliorer la connaissance du personnel des différentes populations dans la collectivité.
4. Évaluer et améliorer les compétences interculturelles.
5. Renforcer la diversité culturelle du personnel – à tous les échelons, y compris le conseil d'administration.
6. Évaluer les besoins et les croyances des clients.
7. Adapter les procédures, l'infrastructure et les environnements physiques.
8. Faciliter la communication verbale et écrite – recourir à des interprètes professionnels et fournir des documents dans les langues des communautés servies.
9. Collaborer avec les chefs spirituels et les guérisseurs traditionnels.
10. Évaluer les conclusions – définir les buts et diffuser les recommandations.

« **The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature** » Renzaho, A. M. N., Romios, P., Crock, C., et Sønderlund, A. L. (2013). *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261-269.

Cette revue portait sur l'efficacité des modèles de soins axés sur les patients qui misent sur la compétence culturelle. Treize études publiées entre janvier 2000 et août 2011 ont rempli les critères des auteurs. Les indicateurs de résultat comprenaient la satisfaction des patients, les résultats cliniques, le comportement ou les connaissances du praticien, et la connaissance des soins centrés sur le patient ou des enjeux de la compétence culturelle. La revue a conclu que la formation sur les soins culturellement adaptés et axés sur le patient est efficace pour améliorer les connaissances, la pratique autonome et la satisfaction des patients. Elle n'a cependant pas dégagé de constatations significatives au sujet des résultats cliniques, car deux études seulement ont tenté de les évaluer.

« The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations » Huey Jr., S. J., Tilley, J. L., Jones, E. O., et Smith, C.A. (2014). *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 305-338.

Cette synthèse documentaire visait à répondre à trois questions :

1. La psychothérapie est-elle efficace auprès des minorités ethniques?
2. Les effets de la psychothérapie diffèrent-ils en fonction de l'ethnicité?
3. L'adaptation culturelle améliore-t-elle les effets des traitements?

Les auteurs ont conclu que la psychothérapie était généralement efficace auprès des jeunes et des adultes de diverses cultures pour un vaste ensemble de problèmes de santé mentale. Les psychothérapies semblent être efficaces à la fois chez les blancs et les minorités ethniques, et les interventions adaptées à la culture le sont aussi pour les minorités ethniques. L'adaptation pour des groupes ethnoculturels particuliers est plus efficace que celle pour un groupe mixte. Les auteurs ont formulé quatre recommandations pour la prise en compte de la culture dans la prestation des services de santé mentale :

1. Adopter des éléments culturels seulement lorsqu'ils sont intégrés à un traitement éprouvé existant.
2. Adopter un modèle d'adaptation culturelle bien défini et fondé sur des preuves empiriques.
3. Adopter un modèle de compétence culturelle axé sur des habiletés ou un processus validés sur le plan empirique.
4. Personnaliser le traitement en fonction du client ou de la population.

« A systematic review of depression treatment in primary care for Latino adults » Cabassa, L.J., et Hansen, M. C. (2007). *Research on Social Work Practice*, 17(4), 494-503.

Les auteurs ont entrepris une évaluation de l'efficacité des traitements en soins primaires pour la dépression chez des latinophones. Ils ont coté la qualité des articles, y compris la stratégie d'adaptation associée au mode de traitement. Ces articles comportaient des ECR (20032006) sur des cas de dépression chez des latinophones adultes à faible revenu dans les milieux de soins primaires aux États-Unis. Une cote de qualité moyenne de 14 a été attribuée à 7 articles selon la Methodological Quality Rating Scale (MQRS : 0 = qualité médiocre, 17 = qualité élevée). Le manuel de TCC a été adapté et traduit pour les populations hispaniques, et les traitements comportaient de documents de formation et d'intervention en espagnol et en anglais. Les programmes offerts selon le modèle de soins en collaboration étaient plus efficaces pour atténuer les symptômes de la dépression que les soins habituels, et ont favorisé l'accessibilité à des soins appropriés conformes aux lignes directrices. Deux études ont été recensées qui renfermaient une analyse de rentabilité des modèles adaptés comparés à la médication. Selon l'une d'elles, les latinophones recevant une TCC déclaraient moins de jours difficiles imputables à la dépression que ceux recevant des soins standards, soit à un coût de 6 100 \$ ou moins par année de vie ajustée selon la qualité (AVAQ). Cette étude n'a signalé aucune amélioration notable du nombre de jours difficiles chez les patients sur médication, ce qui n'est pas rentable car le coût estimatif par AVAQ s'élève à plus de 90 000 \$. L'autre étude a fait état d'un nombre beaucoup plus élevé de jours sans symptôme de dépression, à la fois en ce qui concerne la TCC et la pharmacothérapie comparativement aux soins communautaires, mais les coûts par AVAQ étaient similaires, soit 17 624 \$ et 16 068 \$ respectivement. Les études dans cette revue n'ont pas expliqué le lien entre les adaptations culturelles et linguistiques et l'efficacité des traitements.

« The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review » Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., Rahman, A., Verdelli, H., Araya, R., et Patel, V. (2014). *Psychological Medicine*, 44, 1131-1146.

Cette revue visait trois objectifs : décrire les procédures pour adapter les traitements psychologiques pour la dépression, décrire l'ampleur et la nature des adaptations, et évaluer l'efficacité (méta-analyse) des traitements adaptés. Vingt études ont rempli les critères d'admissibilité (4 ECR par grappes, 14 ECR, et 2 essais non randomisés). Toutefois, six études seulement ont suivi les quatre étapes recommandées dans le cadre du Conseil de recherche médicale pour la conception et l'évaluation des interventions complexes. La TCC était le traitement le plus utilisé (10 études), suivie de la thérapie interpersonnelle (4 études), de la psychoéducation (3 études), de la thérapie de résolution de problèmes (2 études), et de la thérapie psychodynamique (une étude). Les adaptations différaient mais étaient pertinentes, et toutes les études ont respecté un cadre d'adaptation de base ainsi que les principes fondamentaux du traitement d'origine afin d'assurer la conformité des thérapeutiques. Seize études ont été incluses pour déterminer l'efficacité des traitements adaptés par rapport aux troubles repères (différence moyenne normalisée = -0.72. IC à 95 % = 0.94. 0.49). Les éléments

communs aux processus d'adaptation étaient le choix d'une catégorie de traitement axé sur la théorie, la consultation de différents intervenants, et l'essai pilote pour évaluer le traitement. Il est possible d'adapter les traitements pour différentes populations culturelles sans en compromettre l'efficacité et, en fin de compte, l'adaptation peut en améliorer l'efficacité.

« Efficacy of depression treatments for immigrant patients: results from a systematic review » Antoniadis, J., Mazza, D., et Brijnath, B. (2014). *BMC Psychiatry*, 14, 176.

Pour évaluer l'efficacité des traitements pour la dépression chez des populations immigrantes, les auteurs ont effectué une synthèse des publications de 2000 à 2013. Quinze études ont rempli les critères (neuf quantitatives, cinq aux méthodes mixtes et une étude de cas qualitative), dans lesquelles étaient représentés les groupes ethniques suivants : Latino-Américains, Sino-Américains, SinoAustraliens, Américains d'origine coréenne, et des immigrants turcs en Autriche. Sept études portaient sur la TCC; une utilisait l'activation comportementale culturellement adaptée pour les latinophones; et une utilisait la méthode formative pour adapter les psychothérapies, afin de créer une thérapie de résolution de problèmes pour des aînés chinois. Une autre étude employait la thérapie de résolution de problèmes en soins primaires, et la thérapie interpersonnelle et la logo-autobiographie ont aussi été utilisées comme thérapeutiques. D'après les auteurs, les thérapies culturellement adaptées peuvent être bénéfiques pour les immigrants, mais ils n'ont pas déterminé si d'autres populations migrantes ont recours aux interventions adaptées à la culture.

« The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review » Flores, G. (2005). *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255-299.

Cette revue systématique de la documentation de 1966 à 2003 a évalué les répercussions des services d'interprétation sur la qualité des soins de santé. Dans les milieux de soins de santé mentale, les personnes, qui ont besoin de services d'interprétation mais n'en reçoivent pas, comprennent mal les diagnostics et les plans de traitement. Les clients déclarent être plus satisfaits des services offerts par des professionnels formés et des pourvoyeur bilingues, plutôt que par des interprètes bénévoles. Une étude a signalé des retards dans les résultats en milieu psychiatrique en ce qui concerne le début des traitements, la gestion et la mise en congé des patients. En général, les milieux de santé produisent de meilleurs résultats cliniques, mais aucune étude n'a examiné les résultats en santé mentale. L'auteur a conclu que les services d'interprétation inadéquats et bénévoles nuisent à la qualité des soins dans les milieux de santé.

« Caring for migrant and refugee children: Challenges associated with mental health care in pediatrics » Nadeau, L., et Measham, R. (2006). *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145-154.

Cette revue a souligné les défis posés par le recours aux soins de santé par de jeunes migrants et a présenté des moyens de renforcer les modèles de soins psychiatriques. Les auteurs ont formulé quatre principales suggestions pour restructurer les services de santé mentale pour les jeunes immigrants et réfugiés : les techniques de communication (p. ex. le recours aux interprètes et aux intermédiaires culturels); le jumelage ethnique (avantages : les connaissances et l'identité communes du thérapeute qui peuvent mettre les jeunes à l'aise; désavantages : il peut être plus difficile d'assurer la confidentialité dans les petites collectivités et les clients peuvent vouloir se distancer de leur culture d'origine); la sensibilité aux différences et la médiation (p. ex. dissiper les tensions entre les familles immigrantes et les institutions du pays d'accueil en recourant au savoir ou aux guérisseurs traditionnels); et envisager la guérison dans un continuum temporel.

« A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers » Crumlish, N., et O'Rourke, K. (2010). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237-251.

Cette revue se rapportait aux ECR sur le traitement du TSPT chez les réfugiés. Dix ECR ont rempli les critères : trois études auprès de demandeurs d'asile en Allemagne, cinq études sur des réfugiés aux États-Unis, et deux études sur des camps de réfugiés en Ouganda. Les études ont principalement été menées par deux groupes de chercheurs (huit des dix études). La comparaison des traitements différait d'une étude à l'autre, d'où la difficulté à tirer des conclusions claires. La documentation renfermait une preuve modérée de la régression du TSPT sous l'effet de la TEN, une preuve limitée de la régression du TSPT au moyen de la TCC centrée sur les traumatismes, et aucune preuve concernant la pharmacothérapie.

« Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations » Murray, K. E., Davidson, G. R., et Schweitzer, R. D. (2010). *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 576–585.

Cette revue portait sur les évaluations empiriques des interventions thérapeutiques favorables au rétablissement au cours des 20 dernières années. Vingt-deux études ont satisfait les critères d'admissibilité. Les méthodes de traitement dans ces études comprenaient la TCC, la désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR), la pharmacothérapie, les thérapies d'exposition et d'expression par témoignages, les groupes multifamiliaux d'apprentissage mutuel et d'appropriation du pouvoir d'agir, et les thérapies individualisées. La preuve démontre que la TCC, à elle seule ou combinée à la pharmacothérapie, a réduit le stress imputable aux traumatismes et à la migration. Toutefois, les résultats n'étaient pas uniformes dans l'ensemble des études. L'EMDR, la thérapie d'exposition et la pharmacothérapie autonome se sont révélées efficaces pour réduire le stress consécutif à un traumatisme.

« The use of community-based interventions in reducing morbidity from the psychological impact of conflict-related trauma among refugee populations: a systematic review of the literature » Williams, M. E., et Thompson, S. C. (2011). *Journal of Immigrant Minority Health*, 13, 780–794.

Cette revue systématique repose sur une analyse thématique pour décrire la capacité des interventions dans la collectivité à réduire la morbidité associée aux séquelles psychologiques des traumatismes qu'ont subis les réfugiés lors de conflits armés. Quatorze articles ont répondu aux critères (huit interventions ont eu lieu à des endroits temporaires dans les pays en développement, et six interventions dans les pays de rétablissement industrialisés). Divers traitements ont été utilisés : la TCC, les arts et le jeu, la thérapie en milieu scolaire, la psychothérapie interpersonnelle de groupe, et la thérapie psychosociale individuelle. Les auteurs ont conclu que les interventions efficaces appliquent une approche multidisciplinaire, tiennent compte des sensibilités culturelles, adaptent les méthodes localement, ont recours à des paraprofessionnels formés, et utilisent la langue maternelle des groupes de réfugiés recevant les services.

« Improved rural access to care: dimensions of best practice » Jensen, G. M., et Royeen, C. B. (2002). *Journal of Interprofessional Care*, 16(2), 117–128.

Cette analyse de cas qualitative décrit le processus et les résultats de 15 programmes de formation sur les pratiques exemplaires en matière de santé rurale aux États-Unis. L'analyse fait état de trois dimensions intégrées relatives aux soins de santé ruraux pour les minorités :

1. *Connexions* – nouer des relations au sein des groupes et entre ceux-ci. Ces relations sont fondées sur la communication, la confiance et une mission commune dans le but d'améliorer la santé des résidents, ce qui peut favoriser l'authenticité et le rapprochement avec la collectivité en dehors des activités de service.
2. *Collectivité* – faire participer de nombreux partenaires à l'investissement des ressources et aux responsabilités pour mettre en place des activités flexibles à valeur ajoutée et répondre aux besoins de la collectivité. Cette approche renforce les capacités d'autosuffisance de la collectivité lorsque les fonds de projet ne suffisent pas à eux seuls à assurer l'autosuffisance et la viabilité.
3. *Culture* – s'entend du mode de vie et de la façon d'interpréter le monde. La culture est un aspect important de la prestation des services et nécessite des activités pour orienter les professionnels de la santé et les collectivités à l'égard des cultures respectives. Les pratiques exemplaires doivent être appliquées en tenant compte du contexte, de la mission et des valeurs de la collectivité. Elles doivent bénéficier de fonds et d'un personnel permanents et prendre appui sur les soins communautaires.

« Does cultural adaptation have a role in substance abuse treatment? » Burlew, A. K., Copeland, V. C., Ahuama-Jonas, C., et Calsyn, D. A. (2013). *Social Work in Public Health*, 28, 440–460.

Cette recension des écrits vise à appliquer l'information sur les adaptations culturelles de traitements éprouvés pour les toxicomanies. Une approche universelle pour les traitements éprouvés ne convient pas. L'adaptation culturelle des interventions pour prévenir et traiter les toxicomanies peut améliorer les résultats des groupes cibles. Les interventions culturellement adaptées maintiennent les composantes principales d'un traitement éprouvé, mais le transforment pour qu'il soit plus pertinent et conforme aux idées, valeurs, croyances, normes, attitudes et connaissances des groupes cibles. Six facteurs interviennent dans la décision d'adapter un traitement éprouvé :

1. La recherche existante est applicable à un groupe particulier.

2. Il a été démontré que l'intervention clinique est inefficace auprès du groupe.
3. Il existe un risque unique ou des facteurs de résilience dans un groupe cible.
4. Il existe des signes spécifiques d'un trouble.
5. Il existe une preuve d'efficacité limitée auprès d'un groupe.
6. Il a été démontré que l'intervention générique est nuisible.

Plusieurs cadres existants et approches communes peuvent être employés pour adapter un traitement éprouvé : la participation de la collectivité, la revue de la documentation existante, et la consultation d'experts soit concernant l'adaptation culturelle ou en cas de difficulté à obtenir des clients qu'ils suivent un traitement.

« **Organizational cultural competence consultation to a mental health institution** » Fung, K., Lo, H. T., Srivastava, R., et Andermann, L. (2012). *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 165-184.

Cet article décrit une approche pour évaluer la compétence culturelle d'une organisation et propose un cadre pour ce faire. Selon les auteurs, la compétence culturelle au niveau de l'organisation peut être évaluée dans huit domaines :

1. Principes et engagement (les valeurs, la mission et l'orientation stratégique de l'organisation doivent faciliter la compétence et la diversité culturelles).
2. Leadership (engagement de tous les échelons – cadres supérieurs et intermédiaires, chefs des services professionnels et médecins).
3. Ressources humaines (recrutement, rétention, formation et scolarité d'un effectif diversifié).
4. Communication (élaboration d'une stratégie exhaustive de soutien linguistique).
5. Soins des patients (compétence culturelle des individus et programmes culturellement adaptés).
6. Engagement des familles et des collectivités.
7. Environnement et ressources (p. ex. diversifier les expositions et souligner les événements culturels).
8. Données et planification (collecte de données sur les résultats des patients et utilisation de ces données dans la planification).

« **Using e-health to enable culturally appropriate mental healthcare in rural areas** » Yellowlees, P., Marks, S., Hilty, D., et Shore, J.H. (2008). *Telemedicine and e-Health*, 14(5), 486-492.

Cet article examine les soins de cybersanté mentale culturellement adaptés et renferme des recommandations pour étendre les services. Il existe une documentation limitée mais croissante sur les soins de cybersanté mentale pour différentes communautés. Voici les obstacles actuellement posés à l'élaboration de programmes de cybersanté mentale culturellement appropriés : les attitudes divergentes, l'accès à la technologie et la propension à l'utiliser, et le milieu socioéconomique – les taux de pauvreté sont plus élevés chez les groupes ethniques minoritaires en milieu rural. L'article conclut que les technologies de cybersanté conviennent particulièrement à la prestation des services auprès des populations rurales et éloignées. Cependant, il reste beaucoup de travail à faire pour déterminer s'il est possible d'obtenir des résultats en santé mentale culturellement et linguistiquement appropriés en utilisant les technologies, ainsi que pour déterminer les plateformes les plus performantes.

« **A systematic review of telecounseling and its effectiveness in managing depression amongst minority ethnic communities** » Dorstyn, D.S., Saniotis, A., et Sobhanian, F. (2013). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(6), 338-346.

Cette revue visait à déterminer l'efficacité du téléconseil pour adultes dans un groupe de minorité raciale ou ethnique. Huit études indépendantes ont satisfait aux critères d'admissibilité, qui ont été menées auprès de groupes de Latino-Américains, d'Amériasiens et d'Afro-Américains. Il n'y avait pas assez de redoublements entre les études pour effectuer une méta-analyse de l'ampleur des effets. En conformité à la hiérarchie de la preuve établie par l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, cinq études ont été désignées de niveau 2 (cote B), et trois de niveau 3 (cote C). Les données probantes sont prometteuses. Invariablement, les participants étaient satisfaits du téléconseil. Les programmes étaient efficaces et présentaient une amélioration de moyenne à notable à court terme des indicateurs de la dépression et de l'anxiété. Les effets à long terme demeurent incertains, car les conclusions dégagées de trois études n'étaient pas uniformes.

Annexe D

Pratiques canadiennes d'intérêt

Les pratiques suivantes ont soit été soumises à la CSMC en réponse à l'appel de pratiques prometteuses (décembre 2014-septembre 2015) ou ont été recensées par l'équipe du projet AFD. Les pratiques sont regroupées par province pour en faciliter la consultation.



NOUVELLE-ÉCOSSE

Recensé par l'équipe de projet

Nom de la pratique prometteuse : Projet de mieux-être pour nouveaux arrivants
Organisation : Association de services aux immigrants de la Nouvelle-Écosse
Population cible : Immigrants
Lieu : Halifax, Nouvelle-Écosse
Site Web : isans.ca/newcomer-community-wellness-projects-mental-health-report
Catégorie de pratique prometteuse : Engagement communautaire, formation

Nom de la pratique prometteuse : Services d'interprétation de la Nouvelle-Écosse
Organisation : Services d'interprétation de la Nouvelle-Écosse
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Halifax, Nouvelle-Écosse
Site Web : interpretingservices.ca/Promising Practices Category: Services

Nom de la pratique prometteuse : The Nova Scotia Home for Colored Children Restorative Inquiry
Organisation : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Populations cibles : Personnes racialisées
Lieu : Halifax, Nouvelle-Écosse
Site Web : restorativeinquiry.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Engagement communautaire, déterminants sociaux de la santé



QUÉBEC

Soumis en réponse à l'appel

Nom de la pratique prometteuse : Service de consultation culturelle
Organisation : Hôpital général juif
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Montréal, Québec
Site Web : mcgill.ca/culturalconsultation/cultural-consultation-service-ccs
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Recensé par l'équipe de projet

Nom de la pratique prometteuse : Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA)
Organisation : CSSS de la Montagne
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Montréal, Québec
Site Web : csssdelamontagne.qc.ca/soins-et-services/demandeurs-d-asile-praida
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : RIVO (Montréal)
Organisation : RIVO (Montréal)
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Montréal, Québec
Site Web : rivo-resilience.org/fr_accueil
Catégorie de pratique prometteuse : Services



ONTARIO

Soumis en réponse à l'appel

Nom de la pratique prometteuse : Across Boundaries: An Ethno-racial Mental Health Centre
Organisation : Across Boundaries: An Ethno-racial Mental Health Centre
Population cible : Personnes racialisées
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : acrossboundaries.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Learning Exchange Pilot Project (LEPP)
Organisations : Gerstein Crisis Center et Programme de transition pour les professionnels du travail social formés à l'étranger de l'Université Ryerson
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : gersteincentre.org/education-and-training/learning-exchange
Catégorie de pratique prometteuse : Déterminants sociaux de la santé

Nom de la pratique prometteuse : Promise of Partnership
Organisations : Carizon, maison d'accueil, Services à la famille et à l'enfance, Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), section de Waterloo-Wellington-Dufferin
Population cible : Réfugiés
Lieu : Kitchener, Ontario
Site Web : carizon.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Engagement communautaire, promotion de la santé et prévention, serviceses

<i>Promising Practice Name:</i>	Programme de counselling clinique
<i>Organisation :</i>	Organisme communautaire des services aux immigrants d'Ottawa (OCISO)
<i>Populations cibles :</i>	Immigrants, réfugiés (demandeurs et réfugiés au sens de la Convention)
<i>Lieu :</i>	Ottawa, Ontario
<i>Site Web :</i>	ociso.org/ociso-programs/clinical-counselling
<i>Catégorie de pratique prometteuse :</i>	Services

<i>Nom de la pratique prometteuse :</i>	Plan d'action en vue du bien-être et du rétablissement (WRAP) pour les nouveaux arrivants
<i>Organisation :</i>	Programme de transition pour les professionnels du travail social formés à l'étranger, École d'éducation permanente G. Raymond Chang de l'Université Ryerson
<i>Populations cibles :</i>	Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
<i>Lieu :</i>	Toronto, Ontario
<i>Site Web :</i>	gersteincentre.org
<i>Catégorie de pratique prometteuse :</i>	Services

<i>Nom de la pratique prometteuse :</i>	The Opening Doors Project
<i>Organisations :</i>	ACSM, section de Toronto, en partenariat avec l'organisme Access Alliance et le centre Across Boundaries, financé par Citoyenneté et Immigration Canada
<i>Populations cibles :</i>	Nouveaux arrivants, réfugiés, jeunes, clients et pourvoyeurs de services de santé mentale
<i>Lieu :</i>	Toronto, Ontario
<i>Site Web :</i>	toronto.cmha.ca/programs_services/the-opening-doors-project
<i>Catégorie de pratique prometteuse :</i>	Formation

<i>Nom de la pratique prometteuse :</i>	Building A Safe Community for Us: South Asian Girls, Teens et Young Women Strategize for Change
<i>Organisation :</i>	Réseau de services de santé et de services sociaux
<i>Population cible :</i>	Jeunes Sud-Asiatiques
<i>Lieu : Markham,</i>	Ontario
<i>Site Web :</i>	socialservicesnetwork.org/Programs/YouthPrograms/BuildingtheSafeCommunityforUsSouthAsianGi.aspx
<i>Catégorie de pratique prometteuse :</i>	Formation, déterminants sociaux de la santé

<i>Nom de la pratique prometteuse :</i>	Outburst! Movement of Young Muslim Women
<i>Organisation :</i>	Barbra Schlifer Commemorative Clinic
<i>Population cible :</i>	Jeunes musulmanes
<i>Lieu :</i>	Toronto, Ontario
<i>Site Web :</i>	outburstmovement.com
<i>Catégorie de pratique prometteuse :</i>	Formation, services

Nom de la pratique prometteuse : Programme d'action pour la réadaptation
Organization: Canadian Mental Health Association – Toronto Branch
Organisation : Association canadienne pour la santé mentale – section de Toronto
Population cible : Personnes de 16 ans et plus issues des communautés somalienne, tamoule, persane (dari) et pachtoune qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale grave et qui bénéficieraient d'un soutien d'intensité variable. Le programme a aussi la capacité de servir d'autres clients dont la situation en santé mentale comprend une composante ethnoculturelle.
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : [toronto.cmha.ca/get-involved/volunteer/case-aide-rehabilitation-action-program-
rap/#.VMu7RC6J2dg](http://toronto.cmha.ca/get-involved/volunteer/case-aide-rehabilitation-action-program-
rap/#.VMu7RC6J2dg)
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Diversity in Action Scarborough (DIAS)
Organisation : East Metro Youth Services
Populations cibles : Réfugiés, immigrants (afghans, tamouls et chinois) de la région du Grand Toronto
Lieu : Scarborough, Ontario
Site Web : psychologyfoundation.org/index.php/programs/diversity-in-action
Catégorie de pratique prometteuse : Engagement communautaire, formation, promotion de la santé et prévention

Nom de la pratique prometteuse : Programme pour les jeunes nouveaux arrivants
Organisation : East Metro Youth Services
Populations cibles : Réfugiés et immigrants de 12 à 21 ans
Lieu : Scarborough, Ontario
Site Web : emys.on.ca/programs-services/newcomer-program
Catégorie de pratique prometteuse : Formation

Nom de la pratique prometteuse : Programme OASIS
Organisation : THRIVE Child and Youth Trauma Services
Population cible : Enfants et jeunes immigrants et réfugiés et leur famille
Lieu : Hamilton, Ontario
Site Web : oasisprogram.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Engagement communautaire

Nom de la pratique prometteuse : Programme d'entraide pour parents
Organisation : Centre de formation interculturelle de London
Population cible : Réfugiés parrainés par le gouvernement
Lieu : London, Ontario
Sites Web : lcclc.org/index.php/accueil et
merrymount.on.ca/services-sont-disponibles-en-francais
Catégorie de pratique prometteuse : Formation

Nom de la pratique prometteuse : Programme de services de soutien à la clientèle
Organisations : COSTI-Toronto; maison d'accueil de la région de Waterloo-Kitchener; Wesley Urban Ministries-Hamilton; Centre de formation interculturelle de London; Conseil multiculturel du comté de Windsor-Essex-Windsor; Centre catholique pour immigrants d'Ottawa
Population cible : Réfugiés parrainés par le gouvernement
Lieux : Toronto, Ottawa, Hamilton, Essex, Waterloo, London
Site Web : my.ymcagta.org/netcommunity/page.aspx?pid=806
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Recensé par l'équipe de projet

Nom de la pratique prometteuse : Mesure de l'équité en matière de santé
Organisation : Réseau local d'intégration des services de santé du CentreToronto (RLISS CT)
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : torontohealthequity.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Déterminants sociaux de la santé, outils

Nom de la pratique prometteuse : Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)
Organisation : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Ontario
Site Web : health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea
Catégorie de pratique prometteuse : Déterminants sociaux de la santé, outils

Nom de la pratique prometteuse : Hong Fook Mental Health Association
Organisation : Hong Fook Mental Health Association
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : hongfook.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM)
Organisation : Hôpital Mount Sinai
Populations cibles : Canadiens originaires de l'Asie et de l'Asie du Sud-Est, immigrants, réfugiés
Site Web : mountsinai.on.ca/patients/chinese/assertive-community-treatment-team-act-team
Lieu : Toronto, Ontario
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Centre canadien pour victimes de torture
Organisation : Centre canadien pour victimes de torture
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : cvt.org
Catégorie de pratique prometteuse : Services

la communauté punjabis
Organisation : Punjabi Community Health Services (PCHS)
Populations cibles : Sud-Asiatiques, immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Mississauga, Ontario
Site Web : pchs4u.com
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Services de santé mentale et de traitement du jeu compulsif COSTI
Organisation : COSTI Immigrant Services
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels
Lieu : Toronto, régions de Peel et de York, Ontario
Site Web : costi.org/community/pgs.php
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Thérapie cognitivo-comportementale culturellement adaptée
Organisation : Centre de toxicomanie et de santé mentale
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : porticonetwork.ca/web/health-equity/learn/elearning/culturally-adapted-cbt
Catégorie de pratique prometteuse : Formation, outils

Nom de la pratique prometteuse : Services linguistiques Toronto
Organisation : Réseau local d'intégration des services de santé du Centre Toronto (RLISS CT)
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Description : L'accès facilité aux soutiens linguistiques a été désigné prioritaire par le RLISS CT et les hôpitaux de la région de Toronto, aboutissant à la création des Services linguistiques Toronto (LST) en 2012. Les LST offrent des services d'interprétation en temps réel au téléphone dans plus de 170 langues, 24 heures sur 24 et 7 jours semaine aux utilisateurs des services de santé à Toronto. Les principaux objectifs du programme de LST sont d'éliminer les obstacles linguistiques à l'accès aux services de qualité et d'améliorer les résultats cliniques en renforçant la communication entre les pourvoyeurs et les patients par le recours à des interprètes professionnels. Le RLISS CT couvre les frais des services offerts par les pourvoyeurs dans les centres de services de soutien communautaire, les centres communautaires de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, et les centres de santé communautaire. Les hôpitaux dans le RLISS et les hôpitaux et organismes à l'extérieur du RLISS CT peuvent joindre le programme, mais doivent acquitter leurs propres frais.
Site Web : s.o.
Lieu : Toronto, Ontario
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie pour la communauté portugaise
Organisation : Hôpital Toronto Western
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : uhn.ca/MCC/PatientsFamilies/Clinics_Tests/Portuguese_Addiction_Services/Pages/about_us.aspx
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Projet sur la santé mentale des réfugiés
Organisation : Centre de toxicomanie et de santé mentale
Population cible : Pourvoyeurs de services d'établissement et de santé
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : porticonetwork.ca/web/psmr/home
Catégorie de pratique prometteuse : Formation

Nom de la pratique prometteuse : Mieux-être et santé mentale, et counselling pour joueurs compulsifs
Organisation : Polycultural Immigrant and Community Services
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : polycultural.org/what-we-do/wellness-and-mental-health
Catégorie de pratique prometteuse : Promotion de la santé et prévention

Nom de la pratique prometteuse : Service de counselling sans rendez-vous
Organisation : Ottawa Chinese Community Service Centre (OCCSC)
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Ottawa, Ontario
Site Web : occsc.org/services/family-counselling
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Groupe de mieux-être
Organisation : South Asian Women's Centre
Population cible : Groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Toronto, Ontario
Site Web : sawc.org/programs-services
Catégorie de pratique prometteuse : Promotion de la santé et prévention



MANITOBA

Recensé par l'équipe de projet

Nom de la pratique prometteuse : Programme thérapeutique pour nouveaux arrivants
Organisation : Aurora Family Therapy Centre de l'Université de Winnipeg
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Winnipeg, Manitoba
Site Web : aurorafamilytherapy.com/newcomer.html
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Programme de mieux-être multiculturel
Organisation : Clinique du Mont-Carmel
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Winnipeg, Manitoba
Site Web : mountcarmel.ca/health-services-listing/?service=185
Catégorie de pratique prometteuse : Services, formation

Nom de la pratique prometteuse : Soutien psychosocial
Organisation : N.E.E.D.S Inc.
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Winnipeg, Manitoba
Site Web : needsinc.ca/our-programs/psycho-social-support.html
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Accès aux services d'interprétation
Organisation : Régie régionale de la santé de Winnipeg
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Winnipeg, Manitoba
Site Web : wrha.mb.ca/Professionals/language/index.php
Catégorie de pratique prometteuse : Services



ALBERTA

Soumis en réponse à l'appel

Nom de la pratique prometteuse : Projet communautaire de sensibilisation à la santé mentale pour immigrants et modèle d'intervention en santé mentale culturellement adapté
Organisations : Multicultural Health Brokers Co-operative et Edmonton Mennonite Centre for Newcomers
Populations cibles : Enfants, jeunes, aînés et parents immigrants, réfugiés et résidents temporaires
Lieu : Edmonton, Alberta
Site Web : mchb.org
Catégorie de pratique prometteuse : Promotion de la santé et prévention, services

Nom de la pratique prometteuse : Comprendre la diversité – formation en ligne pour les pourvoyeurs de soins de santé
Organisation : Services de santé de l'Alberta
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Edmonton, Alberta
Adresse Web : albertahealthservices.ca/assets/info/hp/edu/if-hp-ed-cdm-div-understanding-diversity.pdf
Catégorie de pratique prometteuse : Formation, outils

Recensé par l'équipe de projet

Nom de la pratique prometteuse : Chez Soi
Organisation : Commission de la santé mentale du Canada
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Calgary, Alberta
Site Web : mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives/11851/chez-soi
Catégorie de pratique prometteuse : Services, déterminants sociaux de la santé

Nom de la pratique prometteuse : Mosaic Refugee Health Clinic
Organisation : Mosaic Primary Care Network (PNC)
Population cible : Réfugiés
Lieu : Calgary, Alberta
Site Web : mosaicpcn.ca/Programs/Pages/Refugee-Health-Clinic.aspx
Catégorie de pratique prometteuse : Services, formation, déterminants sociaux de la santé
\Nom de la pratique prometteuse : Counselling en santé mentale pour immigrants
Organisation : ASSIST Community Services Centre
Population cible : Immigrants (parlant anglais, mandarin et cantonais)
Lieu : Edmonton, Alberta
Site Web : assistcsc.org/en/immigrant-services-en/downtown-office-en/mental-health-counselling-en.html
Catégorie de pratique prometteuse : Services



COLOMBIE-BRITANNIQUE

Soumis en réponse à l'appel

Nom de la pratique prometteuse : ASPIRE
Organisation : Muslim Food Bank
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, clients de la banque alimentaire musulmane
Lieu : Surrey, Colombie-Britannique
Site Web : muslimfoodbank.com/service/aspire-program
Catégorie de pratique prometteuse : Engagement communautaire, promotion de la santé et prévention

Nom de la pratique prometteuse : Services de counselling pour survivantes de violence dans les relations ou de violence sexuelle durant l'enfance
Organisation : Burnaby Family Life
Population cible : Mères immigrantes avec jeunes enfants
Lieu : Burnaby, Colombie-Britannique
Site Web : burnabyfamilylife.org
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Get It? Got It! Community Awareness Puppet Project
Organisation : HeadWay, Victoria Epilepsy & Parkinson's Centre
Populations cibles : Nouveaux arrivants, enfants immigrants et réfugiés d'âge scolaire (6 à 11 ans)
Lieu : Victoria, Colombie-Britannique
Site Web : facebook.com/pages/Get-It-Got-It-The-Community-Awareness-Puppet-Project/653146528115461
Catégorie de pratique prometteuse : Formation

Nom de la pratique prometteuse : Aiguillage vers thérapeutes multiculturels
Organisation : Kamloops Immigrant Services, en partenariat avec Interior Health
Population cible : Nouveaux arrivants
Catégorie de pratique prometteuse : Services
Site Web : s.o.
Lieu : Kamloops, Colombie-Britannique

Nom de la pratique prometteuse : Lens on Life
Organisation : DIVERSEcity Community Resources Society
Population cible : Jeunes immigrants et réfugiés somaliens et karens
Lieu : Surrey, Colombie-Britannique
Site Web : dcrs.ca/services/family-services/youth-powered-lens-on-life
Catégorie de pratique prometteuse : Promotion de la santé et prévention

Recensé par l'équipe de projet

Nom de la pratique prometteuse : Services linguistiques provinciaux
Organisation : Régie provinciale des services de santé (RPSS)
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Colombie-Britannique
Site Web : pls.phsa.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Clinique interculturelle
Organisation : Régie des services de santé Vancouver Coastal
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Vancouver, Colombie-Britannique
Site Web : psychiatry.vch.ca/ccs.htm
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Programme de soutien auprès de pairs chinois
Organisation : Richmond Mental Health Consumer and Friends' Society
Populations cibles : Immigrants, réfugiés, groupe racialisé
Lieu : Richmond, Colombie-Britannique
Site Web : rcfc-society.org/chinesepeersupport.php
Catégorie de pratique prometteuse : Formation, déterminants sociaux de la santé

Nom de la pratique prometteuse : Soutien aux familles chinoises
Organisation : Pathways Clubhouse
Population cible : Groupe racialisé
Site Web : pathwaysclubhouse.com/?page_id=91
Lieu : Richmond, Colombie-Britannique
Catégorie de pratique prometteuse : Formation, déterminants sociaux de la santé

Nom de la pratique prometteuse : Community Mental Wellness Association Of Canada (CMWAC)
Organisation : Community Mental Wellness Association Of Canada (CMWAC)
Population cible : Groupes ethnoculturels
Lieu : Richmond, Colombie-Britannique
Site Web : cmwac.ca/programs.html
Catégorie de pratique prometteuse : Services, formation

Nom de la pratique prometteuse : Counselling en santé mentale pour enfants et adolescents
Organisation : DIVERSEcity Community Resources Society
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Surrey, Colombie-Britannique
Site Web : dcrs.ca/services/family-services/child-youth-mental-health
Catégorie de pratique prometteuse : Services, formation

Nom de la pratique prometteuse : Vancouver Association for the Survivors of Torture
Organisation : Vancouver Association for the Survivors of Torture
Populations cibles : Immigrants, réfugiés
Lieu : Vancouver, Colombie-Britannique
Site Web : vast-vancouver.ca
Catégorie de pratique prometteuse : Services

Nom de la pratique prometteuse : Participation de nouveaux arrivants à la promotion de la santé mentale
Organisation : MOSAIC
Populations cibles : Immigrants, groupes ethnoculturels et racialisés
Lieu : Vancouver, Colombie-Britannique
Site Web : mosaicbc.com/publications/engaging-newcomers-mental-health-promotion
Catégorie de pratique prometteuse : Engagement communautaire, promotion de la santé et prévention



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210.
Ottawa, ON K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755
Télec. : 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[f /theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC) [▶ /1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC)

[in /Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.
Les vues exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada..