Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

Définitions et conséquences des troubles de santé mentale : Une analyse qualitative des représentations des migrants et migrantes de l'Afrique subsaharienne à Winnipeg

Annabel Levesque
Université de Saint-Boniface

Rhéa Rocque
Université Laval

RÉSUMÉ

L'objectif de l'étude était d'explorer la façon dont les migrants et migrantes de l'Afrique subsaharienne définissent les troubles mentaux ainsi que les conséquences qu'ils y associent. Un total de 50 personnes ont participé à une entrevue individuelle. Alors que certaines personnes définissent les troubles mentaux à travers le concept de folie dont les principaux symptômes sont de nature comportementale et cognitive, d'autres adhèrent à une conception plus large qui englobe des troubles de nature affective et relationnelle. En retour, les troubles mentaux peuvent menacer les projets de vie, la santé et la sécurité physique de la personne atteinte et peuvent avoir des retombés sur ses relations interpersonnelles et sur la société en général. Les implications pour la pratique des professionnels sont discutées.

Mots-clés : représentations de la maladie, immigrants et réfugiés africains, santé mentale

ABSTRACT

This study aimed at exploring the way sub-Saharan African immigrants and refugees define mental illness as well as the consequences they associate with these illnesses. A total of 50 participants took part in

Annabel Levesque, Département des sciences humaines et sociales, Université de Saint-Boniface, Winnipeg, Canada; Rhéa Rocque, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

Correspondence concerning this article should be addressed to Annabel Levesque, 200 avenue de la Cathédrale, Winnipeg (Manitoba) R2H 0H7. Email: alevesque@ustboniface.ca.

doi:10.7870/cjcmh-2019-004
Publié par Canadian Periodical for Community Studies Inc.

an individual interview. Whereas some participants define mental illness in terms of madness and insanity which were associated with behavioural and cognitive dysfunctions, others adhere to a broader conception that encompasses affective and relational disorders. In turn, mental illness can jeopardize the affected individual's life projects, health, and physical safety and can have repercussions on his or her relationships as well as on the rest of society. Implications for health professionals are discussed.

Keywords: illness representations, African immigrants and refugees, mental health

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

Contexte et problématique

Ce projet de recherche est le fruit d'une collaboration entre deux chercheures et un centre de santé communautaire qui offre des services de santé à la population francophone de Winnipeg (Manitoba). Une consultation avec l'équipe d'intervention pour connaître ses besoins en matière de recherche a révélé que sa clientèle se compose d'une proportion croissante de migrants et migrantes en provenance d'Afrique. Quoique ces derniers consultent pour des problèmes de santé physique, il semble qu'ils soient réticents à discuter de problèmes relatifs à leur santé mentale.

Ces propos s'appuient sur un nombre de recherches qui démontrent que les migrants et migrantes d'origine non européenne ont tendance à sous-utiliser les ressources en santé mentale comparativement aux autres Canadiens et Canadiennes (Hsu & Alden, 2008 ; Tiwari & Wang, 2008 ; Whitley, Kirmayer & Groleau, 2006). Pourtant, ils font face à plusieurs défis pouvant affecter leur bien-être mental, notamment le stress lié à l'acculturation et à l'adaptation à une nouvelle culture, c'est-à-dire les transformations qui surviennent quant à l'identification à leur culture d'origine et à la culture dominante suite au contact interculturel (Berry, 2005 ; Khanlou, 2010 ; Tiwari & Wang, 2008). Par conséquent, les statistiques révèlent une détérioration de la santé physique et mentale des nouveaux arrivants et arrivantes après leur arrivée au Canada (Fuller-Thomson, Hyman, 2004 ; Khanlou, 2010 ; Ng & Omariba, 2010 ; Robert & Gilkinson, 2012 ; Tiwari & Wang, 2008).

Plusieurs chercheurs ont souligné l'importance des déterminants culturels dans l'utilisation des services. D'une part, le stigmate social rattaché aux troubles mentaux, encore très répandu dans certaines sociétés, peut décourager leurs membres de faire appel aux services de santé mentale (Matthews, Corrigan, Smith & Aranda, 2006 ; Schomerus & Angermeyer, 2008 ; Yap, Wright & Jorm, 2011). Goffman (1963) conçoit le stigmate comme un attribut qui s'écarte de la norme et qui est dévalorisé socialement. Parmi les trois catégories de stigmates, il repère les tares de caractère qui englobent, entre autres, les troubles mentaux. Il stipule que l'individu stigmatisé cherchera à dissimuler son stigmate pour éviter d'être discrédité socialement.

D'autre part, les minorités ethnoculturelles peuvent adhérer à certaines représentations des troubles mentaux qui diffèrent de celles véhiculées dans le système de santé qui s'inspire du modèle biomédical (Chen & Mak, 2008 ; Fung & Wong, 2007 ; Thakker, Ward & Strongman, 1999 ; Whitley, Kirmayer & Groleau, 2006). Les troubles mentaux, tels que définis dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM : American Psychiatric Association), sont représentés en catégories discrètes qui se caractérisent par une dysfonction au niveau des processus intra-individuels qui opèrent sur les plans biologique, psychologique et comportemental. Les facteurs socioculturels sont, pour leur part, perçus comme jouant un rôle

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

superficiel dans l'expression symptomatologique. Ainsi, les troubles mentaux sont conçus comme reflétant des phénomènes universels qui se manifestent de façon relativement similaire à travers les populations humaines (Thakker et al., 1999). Cependant, cette conception centrée sur l'individu et ses processus internes refléterait une orientation culturelle individualiste et se démarquerait des représentations culturelles en cours dans certaines sociétés, notamment en Afrique (Mpofu, 2002 ; Zempléni, 1988).

L'étude actuelle vise à documenter de quelles façons les immigrants et immigrantes, ainsi que les réfugiés et réfugiées de l'Afrique francophone subsaharienne se représentent les troubles mentaux.

Cadre théorique

Le modèle de l'autorégulation de la maladie (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) stipule que, face à la maladie, l'individu ressent le besoin d'analyser et d'organiser mentalement son expérience de sorte qu'il comprenne de manière plus cohérente ce qui lui arrive. Il développe une représentation mentale de la maladie qui comprend un ensemble de croyances organisé en cinq catégories, soit : 1) l'identité, c'est-à-dire la façon dont l'individu définit et décrit la maladie ainsi que les étiquettes qu'il associe à celle-ci ; 2) les conséquences de la maladie ; 3) ses causes ; 4) sa trajectoire, c'est-à-dire son évolution dans le temps ; 5) les traitements envisagés. Étant donné l'envergure de l'étude, le présent article aborde plus spécifiquement les représentations relatives à l'identité et aux conséquences des troubles mentaux. Ces représentations sont discutées en lien avec les résultats portant sur les causes, la trajectoire et les traitements, rapportés en détail dans Levesque et Rocque (2015).

Le processus de construction mental dans lequel s'engage l'individu face à la maladie dépend étroitement du contexte social et culturel dans lequel il évolue (Jodelet, 2006). Les représentations des troubles mentaux seraient donc partagées socialement (Jodelet, 1989). Plusieurs auteurs ont souligné l'apport de la culture dans la façon dont l'individu perçoit la maladie. Plus précisément, le contexte culturel servirait de point de repère pour que la personne puisse interpréter et comprendre son vécu, influençant ainsi ses expériences et la façon dont elle se les représente (Dorvil, 1985 ; Kirmayer, 1989 ; Kleinman, 1978 ; Wong et al., 2010 ; Zempléni, 1988). Ainsi, l'expérience de la psychopathologie, et en retour son interprétation et son expression symptomatologique, est déterminée non seulement par des processus internes inhérents à la maladie, mais est aussi fonction de multiples paramètres à la fois personnels et socioculturels, notamment le langage, les valeurs et les croyances en cours au sein de la société (Thakker et al., 1999).

En retour, les représentations culturelles de la maladie influencent les réactions face à celle-ci, notamment le recours aux services de soutien (Fung & Wong, 2007 ; Hines-Martin, 2002 ; Wong et al., 2010). Il a été démontré qu'une définition stigmatisante des troubles mentaux pouvait être associée à une faible utilisation des services de santé mentale, de peur de subir le rejet social (Matthews et al., 2006 ; Schomerus & Angermeyer, 2008 ; Yap et al., 2011). Les représentations culturelles de la maladie influencent également l'expression des symptômes (Hwang, Myers, Abe-Kim & Ting, 2008). Par exemple, les symptômes somatiques seraient plus répandus dans certaines régions de l'Asie comparativement aux sociétés occidentales. Cette différence s'explique par le dualisme corps-esprit qui prévaut en Occident, alors qu'en Asie les individus adhèrent souvent à une vision holistique du soi, les poussant ainsi à intégrer les symptômes physiques dans l'expérience des troubles mentaux (Thakker et al., 1999). Ces écarts culturels portant sur la représentation

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

des troubles mentaux et son expression symptomatologique peuvent mener à des erreurs diagnostiques (Kleinman, 2004 ; Smedley, Stith & Nelson, 2003). Ainsi, même si les migrants et migrantes font appel aux soins de santé, il n'est pas garanti que leur maladie soit détectée et donc qu'ils reçoivent les soins appropriés.

Représentations des troubles mentaux chez les Africains et Africaines

En ce qui concerne l'identité des troubles mentaux, des études mettent en lumière des variations culturelles sur la manière de définir ces troubles ainsi que les symptômes et les étiquettes qui y sont associés (Anglin, Link & Phelan, 2006 ; Cain et al., 2011 ; Kleinman, 2004 ; Pote & Orrell, 2002). Chez les Africains et Africaines des régions subsahariennes plus particulièrement, une revue de la littérature réalisée par Patel (1995) révèle que ces derniers ont tendance à définir ces troubles par l'épithète de « folie » qui se rapproche quelque peu du sens attribué aux troubles psychotiques dans le modèle biomédical. Ils décrivent plus souvent une symptomatologie d'ordre comportemental, parfois somatique, et plus rarement une symptomatologie d'ordre psychologique ou cognitif. Ils reconnaissent tout de même d'autres difficultés qui peuvent se rapprocher des catégories diagnostiques de la dépression et des troubles anxieux. Cependant, ces difficultés sont plus souvent qualifiées de problèmes relationnels ou sociaux plutôt que de troubles mentaux à proprement parler (Patel, 1995).

Parallèlement, une étude réalisée auprès des guérisseurs traditionnels en Afrique du Sud (Sorsdahl, Flisher, Wilson & Stein, 2010) révèle que ces derniers conçoivent les troubles mentaux comme étant de nature psychotique, alors que les troubles non psychotiques tels que la dépression ne sont pas intégrés dans leurs représentations des troubles mentaux. Les troubles mentaux se manifestent par le biais de symptômes comportementaux et antisociaux, notamment l'agression, et sont donc perçus comme affectant non seulement l'individu, mais toute sa communauté. Cette conception est aussi évidente chez les Wolofs et les Lébous du Sénégal où la maladie, dont la maladie mentale, est conçue comme un évènement à la fois individuel et social ayant une emprise non seulement sur l'individu affligé, mais sur la collectivité dont l'intégrité peut être ébranlée (Zempleni, 1988).

Une étude plus récente comparant les représentations de la population s'auto-identifiant en tant que camerounaise à celle s'auto-identifiant comme canadienne démontre que les Camerounais et Camerounaises entretiennent une vision plus stigmatisante et négative des troubles mentaux. En effet, ces derniers décrivent une personne atteinte d'un trouble comme étant dangereuse, violente, irresponsable et une nuisance publique. En ce qui concerne les conséquences des troubles mentaux, les Camerounais et Camerounaises auraient une vision plus pessimiste des effets de la dépression sur la vie des personnes atteintes, alors que les Canadiens et Canadiennes auraient plus tendance à croire que ces personnes sont en mesure d'exercer un métier, d'aller à l'école et d'élever une famille (St. Louis & Roberts, 2013).

D'autres études ont mis en lumière les conséquences du stigmate social associé aux troubles mentaux qui semble plus répandu au sein de certaines cultures, notamment les cultures africaines (Anglin, Link & Phelan, 2006 ; Matthews et al., 2006). Il s'agit là d'une conséquence sérieuse pouvant mener au rejet social et à l'isolement. Par exemple, une étude effectuée au Nigeria démontre qu'en raison de la forte stigmatisation, plus de la moitié des Nigérians et Nigérianes préfèrent garder une grande distance sociale et éviter

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

d'interagir avec des personnes atteintes de troubles mentaux (Gureje, Lasebikan, Ephraim-Oluwanuga, Olley & Kola, 2005).

Une étude réalisée en Grande-Bretagne souligne que les femmes d'origine africaine associent moins de symptômes à la dépression que les femmes d'origine britanniques (Brown et al., 2011). Des différences ont aussi été notées quant à la perception de la sévérité des conséquences liées à la dépression. En effet, les femmes d'origine africaine y attribuent des conséquences moins sérieuses et plus gérables comparativement aux femmes britanniques (Brown et al., 2011). En retour, les femmes d'origine africaine disent être confiantes de pouvoir contenir et maîtriser la maladie par elles-mêmes et rapportent donc une plus faible utilisation des services professionnels comparativement aux femmes d'origine britannique.

Objectifs de l'étude

Très peu d'études se sont arrêtées sur les représentations des communautés migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne et aucune n'a porté plus particulièrement sur les francophones en provenance de cette région d'Afrique habitant en milieu canadien anglophone. Cette population est pourtant en forte croissance démographique, entre autres, dans la province du Manitoba (Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, 2011).

La présente étude vise ainsi à fournir une description riche et approfondie des croyances relatives à l'identité et aux conséquences des troubles mentaux de la perspective des immigrants et immigrantes, ainsi que des réfugiés et réfugiées francophones de l'Afrique subsaharienne, et ce, en fonction du contexte socio-culturel. En effet, compte tenu de l'apport de la culture dans les représentations des troubles mentaux, il importe de reconnaître, en plus de la culture d'origine, l'influence de la culture d'accueil dans le processus de représentation des troubles mentaux.

MÉTHODOLOGIE

Échantillon

Au total, 50 personnes ont pris part à la recherche. Pour pouvoir être inclus dans cette étude, les volontaires devaient avoir 18 ans ou plus et devaient s'auto-identifier en tant qu'immigrants, immigrantes, réfugiés ou réfugiées francophones de l'Afrique subsaharienne. Une description de l'échantillon est présentée dans le tableau 1.

Procédure et matériel

Après avoir obtenu l'approbation d'un comité d'éthique, la procédure de recrutement a été mise sur pied. Un appel à la participation a été affiché dans divers lieux fréquentés par la population visée. Le soutien logistique du Centre de santé et d'un agent de liaison interculturelle, travaillant auprès des migrants et migrantes dans la communauté francophone de Winnipeg, a été sollicité, et ce, dans le but d'identifier des volontaires potentiels. Finalement, les participants et participantes ont été invités à identifier d'autres personnes qui voudraient prendre part à l'étude. Les entrevues ont été menées par la deuxième auteure, dans

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

Tableau 1

Caractéristiques démographiques de l'échantillon (*n* = 50)

	Fréquences	
Sexe		
Femme	25	
Homme	25	
Statut de nouvel arrivant		
Immigrant	35	
Réfugié	14	
Pays d'origine		
Congo	32	
Côte d'Ivoire	8	
Sénégal	3	
Burundi	2	
Guinée	1	
Rwanda	1	
Burkina Faso	1	
Scolarité		
Pas terminé secondaire	10	
Terminé secondaire	16	
Diplôme institut professionnel	15	
Études universitaires	9	
	Étendue	*M (E.T.)*
Âge	18 ans à 63 ans	36,28 (13,04)
Temps depuis arrivée au Canada	4 mois à 29 ans	6,16 (6,83)

un laboratoire de recherche, au domicile des participants et participantes ou dans un centre communautaire, selon la préférence des volontaires. Après avoir obtenu leur consentement éclairé, chaque participant et participante a complété un court questionnaire sociodémographique et a pris part à une entrevue dont la durée moyenne était de 45 minutes (de 25 minutes à 2 heures). Les entrevues ont été enregistrées et transcrites sur un logiciel de traitement de texte. Enfin, les participants et participantes ont reçu un montant de 20 $ en guise de remerciement ainsi qu'un feuillet d'information sur les services de santé professionnels bilingues offerts à Winnipeg et en région.

La grille d'entrevue semi-structurée était basée sur le modèle de l'autorégulation de la maladie de Leventhal et comprenait cinq questions ouvertes portant sur chacune des catégories de représentations relatives

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

aux troubles mentaux. Les participants et participantes étaient amenés à penser à une personne hypothétique souffrant d'un trouble mental pour ensuite répondre aux questions (p. ex. Comment décririez-vous cette personne souffrant d'un trouble mental ? Quelles sont les conséquences que ce trouble peut entraîner ?).

Analyses

L'analyse thématique des entrevues transcrites a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo 10. Le contenu des entrevues a d'abord été organisé selon les cinq catégories de croyances du modèle de l'autorégulation des maladies. Des analyses inductives ont été effectuées sur les passages indexés dans les catégories « identité » et « conséquence » afin d'identifier les sous-thèmes émergents. La codification inductive des entrevues est allée du spécifique au plus général, c'est-à-dire que les thèmes très précis ont d'abord été identifiés pour ensuite être regroupés à l'intérieur de catégories plus globales et inclusives. La codification a été effectuée indépendamment par les deux chercheures et a été comparée pour vérifier le degré d'entente. Lorsque des désaccords survenaient, les chercheures en discutaient jusqu'à ce qu'elles arrivent à un consensus. De plus, les collaborateurs communautaires ainsi que quelques participants et participantes ont eu l'occasion de réagir aux thèmes et aux catégories identifiés et ont pu fournir leurs rétroactions.

RÉSULTATS

Identité

Définitions d'un trouble mental. De façon générale, les participants et participantes mentionnent qu'un trouble mental se définit principalement en fonction des critères d'anormalité, de changements et du parcours développemental. Plusieurs (n = 31) qualifient une personne ayant un trouble mental comme étant anormale ou différente comparativement aux gens normaux ou comme déviant des normes sociales établies au sein de la société, comme l'explique une personne : « Je peux décrire cette personne comme étant une personne qui est différente, je peux dire, des autres personnes aux alentours, qui réagit de manière différente selon les normes culturelles ou bien sociales et religieuses. » D'autres comparent plutôt la personne ayant un trouble mental à un soi antérieur. Ainsi, pour 21 personnes, un trouble mental se caractérise principalement par un ou plusieurs changements importants par rapport à une période où la personne était en bonne santé mentale. On note ainsi un changement au niveau de ses habitudes, ses comportements ou sa personnalité :

> 《[C'est une personne] qui a changé ses habitudes du quotidien. Si cette personne, je la connais bien, son comportement et puis bon sa physiologie, si y'a eu des changements de l'habillement, la coiffure, etc., oui et le manque d'intérêt, de motivation, et d'initiatives. (…) oui manque de motivation, oui, en comparant en référence de ce qu'il faisait avant.》

Finalement, le critère de développement fut soulevé par six personnes qui décrivent l'individu comme ayant subi un problème au niveau du développement. La personne peut ne s'être jamais développée normalement ou encore son développement peut s'être arrêté à un certain moment ou avoir régressé, de sorte qu'elle accuse un retard. Par exemple, certains comparaient le niveau de fonctionnement d'une personne ayant un trouble mental à celui d'un enfant :

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

《Oui comme un bébé, oui. Il peut jouer aussi avec par exemple, tu peux le voir jouer avec de l'eau, de l'eau sale, il peut boire de l'eau sale, il peut, un enfant aussi peut le faire parce qu'il ne sait pas que cette eau n'est pas potable.》

Principales sphères affectées. Les répondants et répondantes ont également décrit les symptômes d'un trouble mental. Ainsi, on note que la personne est anormale, a changé ou accuse un retard de développement, et ce, au niveau de l'une ou l'autre des six sphères suivantes.

Sphère comportementale. La majorité des répondants et répondantes (n = 48) discutent du fait qu'un trouble mental se manifeste dans les comportements de l'individu. Ils ont décrit certains comportements typiques qu'exhibent les personnes ayant un trouble mental. Ces comportements sont généralement décrits comme étant déviants et inappropriés ou comme étant étranges. Ils comprennent, entre autres, le fait d'être agressif ou violent ; tenir un discours incohérent ; se parler à soi-même ; s'engager dans des comportements délinquants, tels que la consommation d'alcool et de drogue, le vandalisme et la prostitution ; se dévêtir en public ; crier des injures à autrui sans raison apparente ainsi que manger des choses non comestibles.

Sphère cognitive et intellectuelle. En deuxième lieu, 48 participants et participantes notent que les troubles mentaux entraînent une altération au niveau des facultés cognitives et intellectuelles. Les principaux symptômes englobent les problèmes au niveau du raisonnement conscient ou logique. La personne démontre soit une incapacité à réfléchir, faisant en sorte que ses comportements sont impulsifs, ou bien elle fait preuve d'un mode de penser qui n'est pas logique ou n'a pas de sens aux yeux des autres :

« Quelqu'un qui a des handicaps… qui peut pas user ses méninges, qui peut pas faire travailler sa tête, son cerveau. Quelqu'un qui peut pas réfléchir (…) il sait plus ce qu'il dit, il sait plus quoi faire, il mélange tout. »

Plusieurs notent également une perte de contact avec la réalité. Par exemple, la personne peut avoir des hallucinations et des délires et est parfois décrite comme étant absente mentalement et comme n'étant pas consciente de son état. D'autres ont discuté de problèmes au niveau de la mémoire et de la reconnaissance visuelle. Par exemple, la personne n'arrive plus à reconnaître certaines personnes qui devraient pourtant lui être familières. De plus, les personnes ayant un trouble mental sont parfois décrites comme ayant des perceptions, des croyances ou attitudes particulières. Par exemple, elles peuvent avoir tendance à voir les choses de façon négative, à exagérer, à généraliser, à voir les choses en noir ou blanc ou avoir des idées fixes, comme l'explique une personne :

« Si vous êtes en train de discuter, ils vont peut-être prendre ça personnel ou exagérer alors que c'était juste quelque chose de normal durant votre conversation. »

On note également des difficultés d'attention ou de concentration ainsi qu'un retard dans les apprentissages (p. ex. elle ne sait pas lire ou écrire). Finalement, quelques participants ont également soulevé le fait que la personne ayant un trouble mental accuse un retard au niveau intellectuel.

Fonctionnement quotidien. La troisième catégorie de symptômes les plus couramment discutés au cours des entrevues touche la capacité à fonctionner au quotidien (n = 41). Plusieurs expliquent que la personne est incapable de prendre soin d'elle-même ou y arrive au prix de bien des efforts. Ceci fait en sorte que, d'une part, elle peut avoir une apparence négligée et, d'autre part, elle se retrouve souvent dans un état de dépendance. De plus, cette personne peut ne pas être en mesure de s'occuper de ses proches, dont ses

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

enfants. Finalement, on note une incapacité à assumer certaines tâches ou responsabilités, telles que le fait de pratiquer un travail :

> 《Se réveiller et se dire lui-même OK, maintenant je vais prendre mon bain et puis je vais manger mon repas, je vais prendre mon petit-déjeuner, et puis par après j'ai un rendez-vous à l'hôpital, par après je vais prendre, récupérer les enfants à l'école, les choses comme ça, lui il n'a pas tout ce programme.》

Sphère affective émotionnelle. D'autres symptômes qui ont été mentionnés par 36 personnes se situent au niveau de la sphère affective ou émotionnelle. D'une part, plusieurs expliquent que la personne souffrant d'un trouble mental va ressentir certaines émotions négatives, telles que l'anxiété, la peur ou l'angoisse ; la tristesse ; un sentiment de désespoir, parfois accompagné d'idéations suicidaires ; une faible estime de soi ; la colère ou l'irritabilité ; une perte d'intérêt pour les activités qui procuraient du plaisir et un sentiment d'insatisfaction dans la vie, de regret ou de déception. D'autre part, les symptômes de nature affective peuvent se manifester par un affect plat, c'est-à-dire que la personne n'éprouve tout simplement plus d'émotions. Finalement, dans certains cas, on décrit une humeur instable qui alterne continuellement entre des hauts et des bas.

Sphère relationnelle. D'autres symptômes se manifestent principalement au niveau relationnel ou interpersonnel. En effet, 33 personnes sont d'avis que les symptômes liés aux troubles mentaux se caractérisent par des problèmes ou des difficultés au niveau des relations interpersonnelles. On note une tendance à s'isoler, s'éloigner ou se détacher des autres ainsi qu'une difficulté à communiquer ou à entretenir un échange ou une interaction avec autrui, comme l'explique une personne :

> « Tu n'arrives plus à t'exprimer comme avant avec ton entourage. Bon, quand tu parles, on sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas en toi. »

Certains participants et participantes ont aussi mentionné une tendance à se méfier ou ne pas avoir confiance dans les autres et même à éprouver de la haine envers les autres.

Sphère physique. Un total de 21 participants et participantes ont soulevé certains symptômes qui se manifestent au niveau physique. Ces symptômes comprennent des problèmes de sommeil, dont l'insomnie, les cauchemars ou le fait de trop dormir ; une perte des fonctions physiologiques, notamment une incapacité à faire usage de la parole ou à se servir de ses membres, le fait de s'évanouir ou encore être dans un état végétatif ; une fatigue ou une perte d'énergie ; un changement au niveau de l'appétit ; des maux de tête ; des nausées ainsi que la perte de cheveux et la peau à l'apparence terne.

Troubles mentaux spécifiques. Au cours des entrevues, plusieurs participants et participantes ont fait référence à des troubles mentaux spécifiques qu'ils rattachent à certains des symptômes décrits ci-haut. Les étiquettes les plus couramment utilisées, et ce, par 24 personnes, se rapportent au concept de folie qui se manifeste principalement par des comportements déviants, tels que la violence et le fait de se dévêtir en public, ainsi que des problèmes au niveau du raisonnement conscient. Ces symptômes sont aussi associés, et ce, par 11 personnes, à certains troubles de nature psychotique, tels que la schizophrénie et le trouble délirant (la persécution ou la paranoïa), les déficiences intellectuelles (imbécillité ou retard mental) ainsi que le syndrome de Down. Un total de 17 participants et participantes ont identifié des étiquettes qui se regroupent au sein des troubles de nature émotionnelle ou socioaffective qui se manifestent principalement par des symptômes touchant la sphère affective ou relationnelle, notamment la dépression, le trouble bipolaire (ou

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

psychose maniacodépressive), l'anorexie, la boulimie, le trouble de stress post-traumatique, l'agoraphobie, les phobies, le trouble obsessionnel compulsif et les attaques de panique (crise d'angoisse). Finalement, les troubles de nature organique regroupent les accidents cardio-vasculaires, la démence, dont l'Alzheimer, l'épilepsie et la méningite (n = 11). Ces troubles sont surtout rattachés aux symptômes physiques, en particulier la perte des fonctions physiologiques, et dans une certaine mesure, aux symptômes cognitifs, dont les problèmes de mémoire.

Conséquences

En raison des symptômes associés aux troubles mentaux, plusieurs conséquences peuvent en résulter, affectant la personne même, son réseau social ou encore la société dans son ensemble.

Conséquences individuelles. Les conséquences individuelles se subdivisent en deux sous-catégories.

Projets et mode de vie. Du point de vue de 43 personnes, la présence d'un trouble mental peut mettre un frein à ses projets de vie, altérant ainsi le mode de vie de la personne. Par exemple, plusieurs soulèvent que la carrière professionnelle de l'individu sera grandement affectée en raison de l'absence ou de la perte d'emploi qui peut, en retour, mener à des problèmes financiers. Pour ceux qui conservent un emploi, leur rendement professionnel sera moindre. De plus, on note un impact sur le plan académique de la personne en raison d'une incapacité à poursuivre des études ou bien d'une baisse au niveau du rendement académique. Finalement, en l'absence d'un travail ou d'un système de prise en charge, plusieurs personnes atteintes d'un trouble mental se retrouvent à la rue, vivant une vie d'errance et de vagabondage qui, en retour, peut mener aux conséquences physiques qui s'ensuivent.

Santé et sécurité physiques. Un total de 34 participants et participantes ont expliqué que la santé et la sécurité physiques de la personne peuvent être menacées. Par exemple, ils ont associé un trouble mental à un risque accru d'accidents et de blessures :

> 《Je connais une personne qui arrive à un niveau où il devient, il devient tellement, il pense à des choses et à un moment donné il devient tellement fort, il casse les vitres. Il casse tout ce qui est aux alentours, il se blesse (…) De cette façon-là ça affecte son physique.》

Certains expliquent que de ne pas être en mesure d'assurer ses soins quotidiens peut entraîner des répercussions sur sa santé physique. Finalement, 22 personnes considèrent qu'un trouble mental peut potentiellement mener à la mort par accident ou par suicide.

Conséquences sociétales. La majorité des participants et participants (n = 39) sont aussi de l'avis qu'un trouble mental puisse avoir des répercussions sur les proches de la personne atteinte ou encore la société en général. D'abord, en raison de ses comportements impulsifs et de sa tendance à l'agression, la personne ayant un trouble mental peut causer un danger à la sécurité d'autrui (n = 31). De plus, elle peut affecter négativement le bien-être psychologique de ses proches. Par exemple, une personne note que « les enfants qui vivent dans ce genre d'environnement là, y'a de fortes chances qu'ils soient perturbés aussi, qu'ils soient marqués à vie. » Certains décrivent aussi la personne qui a un trouble mental comme étant un fardeau ou une charge pour ses proches ou pour la société en général, d'une part, en termes de ressources humaines :

> 《Je sais que y'a des familles entières qui se mettent à la disposition complètement de leur malade (…) J'ai vu des femmes abandonner leur travail pour suivre un enfant, leur enfant qui a des troubles, et c'est pas

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

> facile… Ils sont là au quotidien, c'est un travail de longue haleine… Y'a des mères qui sacrifient leur vie pour ces genres de personnes.》

D'autre part, le coût monétaire associé aux soins de la personne est décrit comme étant une charge pour la famille ou l'État en général. Finalement, certains décrivent la personne comme étant un fardeau social en raison du fait qu'elle ne peut pas contribuer à la société.

Conséquences relationnelles. Finalement, certaines conséquences soulevées par 35 répondants et répondantes touchent à l'aspect relationnel, soit l'étendue et la qualité des liens unissant l'individu avec les membres de son entourage. En premier lieu, on note des problèmes importants au niveau de l'intégration sociale des personnes affectées par un trouble mental. Ces personnes sont victimes du rejet social et sont souvent abandonnées par leurs proches et par la société en général (n = 27). Le rejet s'explique, d'une part, en raison du stigmate social associé aux troubles mentaux. N'étant plus considérée comme ayant de la valeur aux yeux des autres, la personne est rejetée et peut même subir le mauvais traitement de la part des membres de son entourage, comme l'explique une personne :

> «Au pays, tout le monde l'appelle fou, oui tout le monde, même si on connaît son nom, on dit le fou là arrive, le fou là arrive, personne d'autre ne lui donne de respect.»

D'autre part, le fait que les traitements soient très coûteux, surtout en Afrique, fait en sorte que la famille se voit souvent obligée d'abandonner la personne. D'une façon ou d'une autre, le résultat est que la personne est complètement coupée de son réseau social et se retrouve en marge de la société. Cette situation peut, en retour, aggraver la santé mentale de l'individu :

> 《Y'a d'autres qui vont complètement délaisser… Ils vont enfermer dans les hôpitaux comme ça, ils ne rendent pas de visite. Si ils se sentent comme ça, s'ils se sentent délaissés, ça peut encore l'affecter plus, bon, il se délaisse voilà, et puis bon, la maladie s'aggrave plus.》

En plus du rejet social, quelques personnes ont également expliqué que la présence d'un trouble mental peut mener à l'éclatement de la famille, notamment le divorce et le fait de perdre la garde de ses enfants. De même, souffrir d'un trouble peut faire en sorte qu'il soit impossible de fonder une famille puisqu'on note des difficultés à développer de nouveaux liens interpersonnels. Finalement, la qualité des relations interpersonnelles qui perdure risque d'être négativement affectée du fait que les personnes ayant un trouble mental ont de la difficulté à communiquer et à interagir avec les autres, créant ainsi des malentendus ou des conflits.

Représentations des troubles mentaux en fonction du contexte socioculturel

Dans le but de comprendre l'apport du contexte socioculturel dans les représentations auxquelles adhèrent les participants et participantes, une attention particulière était portée aux passages où ils faisaient explicitement référence à la société africaine et à la société canadienne lors de l'analyse thématique. En ce qui a trait à l'identité, plusieurs ont partagé que dans leur pays d'origine, les gens adhèrent à une image plutôt stigmatisante des troubles mentaux. Ils expliquent que dans la conception africaine, un trouble mental équivaut au concept de folie, dont les principaux symptômes comprennent des comportements déviants ainsi que des problèmes au niveau du raisonnement conscient. Ils considèrent que cette conception existe également au Canada, mais sont d'avis que la société canadienne offre une définition des troubles mentaux qui est plus large, comprenant une diversité de troubles variant sur un continuum. À l'autre extrême, on retrouve

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

des troubles tels que les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété dont la principale sphère d'affection touche les émotions ou l'affect. On explique que ces difficultés sont aussi reconnues en Afrique, sauf qu'elles ne sont pas qualifiées de troubles mentaux. Elles sont plutôt perçues comme des périodes de vie difficiles :

> 《Dans le concept africain, d'où je viens, quand on parle de la santé mentale, c'est-à-dire que y'a déjà un degré de folie impliqué (…) Mais les problèmes de stress, ou les problèmes de quand les immigrants viennent d'arriver ici, il peut avoir, soit tu n'as pas un travail, c'est stressant, et tu dois t'intégrer dans la société, tu dois payer le loyer, et tu traverses une situation difficile (…) Donc pour moi, je n'appellerais pas ça santé mentale, mais dans le concept occidental, on appelle ça santé mentale. (…) Si tu donnes ta carte et tu dis, je suis spécialiste de santé mentale, je vais vous voir et dire, non, mais moi j'ai pas de problèmes de santé mentale (…) Donc, peut-être on devrait donner à d'autres cas, d'autres noms. Parce que là, ça va attirer tout le monde.》

En retour, plusieurs expliquent qu'en raison de l'image stigmatisante associée aux troubles mentaux en Afrique et en raison du fait que les familles n'ont souvent pas les moyens financiers pour défrayer le coût des traitements, les personnes souffrant d'un trouble mental sont souvent rejetées et abandonnées. Le vagabondage et l'errance sont souvent décrits dans le contexte de la société africaine, alors qu'au Canada, on perçoit que le sort des personnes ayant un trouble mental est différent. Ces personnes ne sont pas automatiquement abandonnées pour vivre une vie d'errance. Elles sont prises en charge par les services de soutien qui sont perçus comme étant plus accessibles :

> 《Si j'ai, par exemple, ma casquette d'Africain, euh, quelles sont les conséquences ? Ah ben… c'est presque les mêmes conséquences sauf que ici, ici dans le monde occidental, la personne qui est, qui a un trouble mental n'est pas rejetée, alors que chez nous là, pour être honnête avec toi, c'est quelqu'un qui est presque, qui est, qui n'existe pratiquement plus... Alors qu'ici, le fait d'avoir ce trouble mental ne dit pas que tu es rejeté ou barré de la société.》

DISCUSSION

L'étude actuelle visait à mieux comprendre de quelles façons les migrants et migrantes de première génération de l'Afrique francophone subsaharienne définissent les troubles mentaux ainsi que les conséquences qu'ils y associent. Plus de la moitié des participants et participantes semblent adhérer à une conception stigmatisante des troubles mentaux, telle que définie par Goffman (1963). En effet, ils conçoivent les troubles mentaux comme une déviation des normes sociales et font souvent référence au concept de folie ou aux troubles psychotiques. De plus, ils mettent beaucoup d'emphase sur les symptômes comportementaux, notamment les comportements déviants, tels que l'agression. Ces résultats s'appuient sur d'autres études réalisées auprès des populations africaines subsahariennes (Patel, 1995 ; Sorsdahl et al., 2010). Toutefois, contrairement à ces études, les participants et participantes associent ces troubles à des symptômes de nature cognitive, dont les difficultés au niveau du raisonnement conscient. En raison de leurs comportements impulsifs, les personnes souffrant d'un trouble mental sont souvent perçues comme représentant un danger potentiel pour la société, nécessitant qu'elles soient mises à l'écart. Jodelet (1989) a mis en lumière la façon dont les représentations sociales de la folie définie en termes de déviance et de menace influencent en retour les conduites à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Elle qualifie d'anthropoémique les sociétés où on rejette les « fous ».

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

Cette conception des troubles mentaux à travers le concept de folie et de troubles psychotiques prend son sens à la lumière des croyances relatives à l'évolution et aux traitements des troubles mentaux rapportés par Levesque et Rocque (2015). En effet, les participants et participantes décrivent l'évolution des troubles mentaux comme étant variable, selon que la personne reçoit ou non des soins, qu'ils prennent la forme de soutien social, d'interventions médicales, psychothérapeutiques, traditionnelles ou religieuses. Malheureusement, ils expliquent que les soins sont peu accessibles en Afrique, de sorte que l'état des personnes atteintes d'un trouble mental se détériore continuellement. Ainsi, elles se retrouvent souvent dans la rue et démontrent des comportements et des modes de penser bizarres et déviants. Ayant été exposés à de pareils cas en Afrique peut expliquer pourquoi plusieurs participants et participantes adhèrent à une conception des troubles mentaux définis en termes de folie et de troubles psychotiques.

Cette conception plutôt stigmatisante des troubles mentaux peut décourager les migrants et migrantes en provenance de l'Afrique de faire appel aux services de santé mentale, de peur d'être étiquetés de « fous » (Matthews et al., 2006 ; Schomerus & Angermeyer, 2008 ; Yap et al., 2011) ou pour éviter les répercussions néfastes que cela pourrait engendrer pour leurs proches et leur communauté (Mpofu, 2002). D'autant plus que le stigmate social associé aux troubles mentaux peut s'ajouter à d'autres formes de stigmates auxquels sont confrontées les populations migrantes, et ce en raison de leur appartenance ethnique. En effet, en discutant des causes des troubles mentaux (Levesque et Rocque, 2015), plusieurs participants et participants notent que les migrants et migrants sont souvent victimes de discrimination dans la société canadienne, ce qui peut mener à un trouble mental. Puisque l'appartenance ethnique est considérée comme un stigmate « visible » selon Goffman (1963), cela pourrait encourager les migrants et migrantes souffrant de troubles mentaux à vouloir dissimuler leur condition pour éviter d'être discrédités socialement.

Ceci dit, ces résultats ne suggèrent aucunement que les individus d'origine africaine nient l'existence d'autres difficultés qui peuvent affliger la personne. En accord avec les résultats de Patel (1995), les participants et participantes font une distinction entre troubles mentaux et difficultés liées aux problèmes de la vie, tels que le stress. Ainsi, il s'avère important, d'une part, que les professionnels de la santé portent attention aux termes qu'ils emploient lorsqu'ils abordent le sujet de la santé mentale avec les migrants et migrantes en provenance de l'Afrique subsaharienne. Bien que certaines de ces difficultés soient perçues comme étant caractéristiques d'un trouble mental en contexte canadien, il importe d'utiliser un vocabulaire adapté à la vision des patients et patientes pour ne pas engendrer de la résistance, leur permettant d'aborder avec confiance les difficultés qu'ils vivent. D'autre part, certains migrants et migrantes en provenance de l'Afrique subsaharienne pourraient bénéficier de campagnes de sensibilisation à la santé mentale afin de les exposer à une conception différente des troubles mentaux qui s'écarte du concept de la folie, apaisant ainsi le stigmate rattaché à ces troubles et augmentant potentiellement l'utilisation des services de santé professionnels.

Il importe toutefois de noter que plusieurs participants et participantes disent ne pas adhérer à cette conception des troubles mentaux définis en termes de la folie. Certains d'entre eux soulignent l'existence de troubles de nature socioaffective ou émotionnelle, notamment la dépression et les troubles anxieux dont les principaux symptômes sont de nature émotionnelle et relationnelle. Les symptômes somatiques étaient les moins fréquemment discutés au cours des entrevues et étaient souvent associés à des troubles de nature organique. En ce qui concerne les conséquences, en plus de celles pouvant affecter la santé, la sécurité et le bien-être d'autrui, la majorité des participants et participantes sont d'avis que les troubles mentaux peuvent

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

interférer avec le mode de vie et les projets personnels. De plus, l'étendue du réseau social ainsi que la qualité des relations interpersonnelles existantes peuvent être affectées. Par exemple, bien que certains participants et participantes disent ne pas adhérer à une vision stigmatisante des troubles mentaux, ils reconnaissent toutefois que cette conception est répandue, en particulier dans la société africaine, de sorte que le rejet social et l'abandon sont le lot de bien des personnes ayant un trouble mental.

Ces variations interindividuelles dans les représentations auxquelles adhèrent les participants et participantes peuvent s'expliquer, en partie en raison de l'influence de la culture du pays d'accueil et des expériences d'acculturation (Chen & Mak, 2008 ; Wong et al., 2010). Par exemple, certains expliquent qu'après leur arrivée au Canada, leur façon de concevoir les troubles mentaux a changé. Ils disent qu'au Canada, les gens reconnaissent une diversité de troubles variant sur un continuum en fonction de la sévérité du trouble et de la nature des symptômes. Ces différences interindividuelles mettent en lumière l'importance d'ouvrir le dialogue et d'échanger de façon respectueuse avec les clients et clientes au sujet de la façon dont chacun conceptualise la santé mentale plutôt que de prendre pour acquis que tous les migrants et migrantes originaires de l'Afrique adhèrent à une même vision. Cet échange est propice à promouvoir un climat de confiance et de collaboration, permettant ainsi aux clients et clientes de discuter plus librement des difficultés auxquelles ils font face et de la détresse qu'ils peuvent ressentir (Chen & Mak, 2008 ; Wong et al., 2010).

Établir un dialogue empreint de respect pourrait aussi servir de pont permettant de concilier les différences culturelles quant aux représentations des troubles mentaux. En effet, certains migrants et migrantes en provenance de l'Afrique subsaharienne peuvent souscrire à certaines représentations qui s'écartent de celles véhiculées dans le système de santé canadien, fondé sur la culture biomédicale qui conceptualise les troubles mentaux en fonction de processus internes (Mpofu, 2002 ; Thakker et al., 1999 ; Zempléni, 1988). À ce sujet, les résultats présentés dans cet article et Levesque et Rocque (2015) révèlent que bien que les participants intègrent des facteurs individuels dans leur représentation des troubles mentaux — que ce soit au niveau des facteurs en cause (causes biologiques, psychologiques et comportementales), de la symptomatologie (symptômes comportementaux, cognitifs, émotionnels ou physiques), des conséquences (bien-être et sécurité personnels et projets de vie) ou des traitements envisagés (interventions médicales et psychothérapeutiques axées sur l'individu) — leurs conceptions des troubles mentaux vont au-delà des frontières individuelles. Ainsi, ils évoquent des facteurs sociaux et surnaturels dans la genèse des troubles mentaux, des symptômes et des conséquences de nature relationnelle et sociale et des interventions visant à rétablir l'équilibre entre l'individu et son environnement social ou métaphysique (p. ex. support social, interventions traditionnelles ou religieuses). Certains ont qualifié ces conceptions comme reflétant une orientation culturelle plutôt collectiviste ou interdépendante, qui serait plus répandue en Afrique (Mpofu, 2002 ; Zempléni, 1988).

Les résultats de cette étude doivent être considérés avec prudence. Il est probable que les personnes qui se sont portées volontaires soient plus à l'aise de discuter au sujet de la santé mentale et peuvent donc avoir certaines représentations qui s'écartent des autres migrants et migrantes en provenance de l'Afrique. De plus, l'échantillon inclut des participants et participantes de plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne. Bien qu'un tel échantillon puisse offrir une vue d'ensemble des diverses représentations de la santé mentale auxquelles adhèrent ces individus, il est probable qu'ils ne soient pas issus d'une population homogène. À l'avenir, les études pourraient cibler des sous-groupes afin de dégager des spécificités.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

Il s'agit de la première étude qui vise à explorer, par le biais de méthodes qualitatives, les représentations des troubles mentaux dans la perspective des migrants et migrantes francophones de première génération de l'Afrique subsaharienne, population qui est en forte croissance au Manitoba. Un volet quantitatif est présentement en cours dans le but d'évaluer dans quelle mesure les représentations relatives aux cinq catégories de croyances sont interreliées et dans le but d'établir un lien entre les croyances auxquelles souscrivent les participants et participants et certaines variables individuelles, telles que le pays d'origine, le niveau d'éducation et les stratégies d'acculturation privilégiées et, finalement, d'évaluer la relation entre les représentations et l'utilisation des services professionnels.

RÉFÉRENCES

Anglin, D. M., Link, B. G. & Phelan, J. C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric Services, 57*(6), 857–862.

Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations, 29(6)*, 697–712.

Brown, J. S., Casey, S. J., Bishop, A. J., Prytys, M., Whittinger, N. & Weinman, J. (2011). How black African and white British women perceive depression and help-seeking: a pilot vignette study. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(4), 362–374.

Chen, S. X. & Mak, W. W. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Jounal of Counseling Psychology, 55*, 442–450.

Dorvil, H. (1985). Types de sociétés et représentations du normal et du pathologique : La maladie physique, la maladie mentale. Dans, J. Dufresne, F. Dumont, & Y. Martin (Éds.), *Traité d'anthropologie médicale* (p. 305-332). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. (2011). *Profil de la communauté francophone du Manitoba*. Ottawa.

Fung, K. & Wong, Y. L. (2007). Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrant and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry, 53*(3), 216–231.

Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O. & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry, 186*(5), 436–441.

Fuller-Thomson, E (2011). Health decline among recent immigrants to Canada: Finding from a nationally-representative longitudinal survey. *Canadian Journal of Public Health*, *102(4)*, 273-80.

Hines-Martin, V. P. (2002). African American consumers: What should we know to meet their mental health needs? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 8*(6), 188–193.

Hwang, W.-C., Myers, H. F., Abe-Kim, J. & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 211–227.

Hyman, I. (2004). Setting the stage: Reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants: What is the evidence and where are the gaps? *Canadian Journal of Public Health, 95*, 14–18.

Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie, 1*(1), 219-239.

Khanlou, N. (2010). Migrant mental health in Canada. In N. Khanlou and B. Jackson (Ed.), *Canadian Issues : Immigrant Mental Health* (pp. 9–16). Association for Canadian Studies : Public Health Agency of Canada.

Kirmayer, L. (1989). Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social Science and Medicine, 29(3)*, 327–339.

Kleinman, A. (2004). Culture and depression. *New England Journal of Medicine, 351*(10), 951–953.

Leventhal, H., Nerenz, D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associations.

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

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.223.133.169 on 05/15/24

Matthews, A. K., Corrigan, P. W., Smith, B. M. & Aranda, F. (2006). A Qualitative Exploration of African-Americans' Attitudes Toward Mental Illness and Mental Illness Treatment Seeking. *Rehabilitation Education, 20*(4), 253–268.

Ng, E. & Omariba, D. W. R. (2010). Is there a healthy immigrant effect in mental health? Evidences from population-based health surveys in Canada. In N. Khanlou and B. Jackson (Ed.), *Canadian Issues : Immigrant Mental Health* (p. 23–28). Association for Canadian Studies : Public Health Agency of Canada.

Patel, V. (1995). Explanatory models of mental illness in sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine, 40*(9), 1291–1298.

Pote, H. L. & Orrell, M. W. (2002). Perceptions of schizophrenia in multi-cultural Britain. *Ethnicity & Health, 7*(1), 7–20.

Robert, A. M. & Gilkinson, T. (2012). Mental health and well-being of recent immigrants in Canada: Evidence from the longitudinal survey of immigrants to Canada. Executive Summary. Ottawa: Citizenship and Immigration Canada.

Schomerus, G. & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17*(1), 31-37.

Smedley, B. D., Stith, A. Y. & Nelson, A. R. (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press.

St. Louis, K. O. & Roberts, P. M. (2013). Public attitudes toward mental illness in Africa and North America. *African Journal of Psychiatry, 16*(2), 123–133.

Tiwari, S. K. & Wang, J. (2008). Ethnic differences in mental health service use among White, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(11), 866–871.

Whitley, R., Kirmayer, L. J. & Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(4), 205–209.

Wong, Y. J., Tran, K. K., Kim, S. H., Van Horn Kerne, V. & Calfa, N. A. (2010). Asian Americans' lay beliefs about depression and professional help seeking. *Journal of Clinical Psychology, 66*(3), 317–332.

Yap, M. B. H., Wright, A. & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(12), 1257–1265.