

- Que sont les troubles mentaux?
- Qu'est-ce que la toxicomanie ou la dépendance? *
- La dépression
- Le trouble affectif bipolaire
- La dépression du postpartum
- Le trouble affectif saisonnier
- Les troubles d'anxiété
- Le trouble obsessionnel-compulsif
- Le trouble de stress post-traumatique
- Le trouble de panique
- La schizophrénie
- Troubles de l'alimentation et image corporelle
- Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence
- Troubles concomitants: troubles mentaux et problèmes de toxicomanie
- Ensemble des troubles causés par le syndrome alcoolique fœtal *
- Le tabac
- Suicidé : reconnaître les signes avertisseurs
- Traitement pour troubles mentaux *
- Traitements complémentaires et parallèles pour troubles mentaux *
- Traitements en matière de toxicomanie *
- Comment se rétablir de troubles mentaux
- Dépendances et prévention des rechutes
- Réduire les dommages
- Prévenir les dépendances
- Parvenir à une santé mentale positive
- Stress
- Troubles mentaux et dépendance en milieu de travail
- Problèmes de santé mentale et de dépendances chez les aînés *
- Troubles mentaux chez les enfants et les jeunes *
- L'abus d'alcool ou d'autres drogues chez les jeunes *
- Violence sexuelle envers les enfants: un problème de santé mentale *
- Stigmatisation et discrimination entourant les troubles de santé mentale et les dépendances
- Différences culturelles et problèmes de santé mentale et de dépendances *
- Chômage, santé mentale et dépendances
- Logements pour les personnes souffrant de troubles mentaux et de dépendances *
- Coûts économiques des troubles mentaux et des dépendances
- Coûts personnels des troubles mentaux et des dépendances
- Relations entre les troubles mentaux, la toxicomanie ou l'alcoolisme et la question de la violence *
- Que faire en cas de crises et d'urgences touchant à la santé mentale *
- Troubles de santé mentale : quelle aide la famille et les amis peuvent-ils apporter? *
- Comment obtenir de l'aide pour des troubles de santé mentale *
- Comment obtenir de l'aide en cas de problèmes de toxicomanie *

* En français!

Différences culturelles et problèmes de santé mentale et de dépendances

• Cross Cultural Mental Health and Addictions Issues •

La maladie mentale et la dépendance ne font pas de distinction de couleur : elles touchent un Britanno-Colombien sur cinq, disant appartenir à une minorité visible, dans les mêmes proportions que l'ensemble de la population. Elles n'épargnent personne, en frappant d'incapacité, indépendamment de la culture ou de l'origine ethnique. Cependant, alors que nos communautés présentent une diversité culturelle croissante, peu de services associés à la santé mentale et aux dépendances en Colombie-Britannique sont en mesure de répondre adéquatement à cette diversité, même s'il existe des efforts dans ce sens. Mentionnons, par exemple, la Multicultural Mental Health Liaison (le service de liaison multiculturelle pour la santé mentale) et les Cross Cultural Psychiatry Outpatient Programs (les programmes transculturels pour les services externes en psychiatrie) administrés par la Vancouver Coastal Health Authority.

Un certain nombre de facteurs jouent contre l'efficacité de ces services (par ex., le manque de sensibilisation aux besoins ou l'incertitude quant à la démarche à suivre); en dépit de cela, l'amélioration de la « compétence culturelle » de nos services associés à la santé mentale et aux dépendances constitue une étape nécessaire pour accroître le bien-être d'une proportion importante et croissante de la population.

Les données du recensement de 2001 révèlent que, sur une population de quatre millions de personnes en Colombie-Britannique, plus d'un million de citoyens sont des immigrants, et 60 % d'entre eux appartiennent à une minorité visible. Près des trois quarts des 40 000 immigrants qu'accueillait la Colombie-Britannique en 2004 étaient originaires d'Asie.

Les populations d'immigrants et de réfugiés sont souvent regroupées ensemble; pourtant, elles présentent des risques différents en matière de santé mentale et de troubles mentaux.

Par exemple, les réfugiés et les demandeurs d'asile courent un risque plus élevé de problèmes de santé mentale à cause des stress physiques, affectifs, sociaux et économiques qu'ils subissent au cours des périodes de migration, d'établissement et d'adaptation à une nouvelle communauté et à un nouveau mode de vie. Comme ils sont souvent originaires de zones de conflits, ils risquent d'avoir perdu leurs familles, amis, maison, statut ou revenus. Ces individus peuvent être sujets au stress post-traumatique, au chômage et à la pauvreté; ils peuvent aussi être exposés à l'isolement social, à une incompréhension et à un choc culturels, au racisme et éprouver un sentiment d'inutilité et des difficultés linguistiques.

Par contre, les chercheurs étudient encore une tendance que l'on appelle « l'immigrant en bonne santé ». En effet, ils constatent que, en dépit

de proportions similaires de problèmes de santé importants parmi les immigrants et les personnes nées au Canada, les immigrants, en particulier ceux venus d'Asie et d'Afrique, présentaient des taux de dépression et de dépendance à l'alcool nettement inférieurs. De fait, ils montrent une probabilité moins élevée de 20 % de rapporter des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, parmi les immigrants qui vivent depuis un certain temps au Canada, cet écart semble se résorber à mesure que le temps passe. Les auteurs pensent que les exigences associées à l'état de santé aux fins d'admission au Canada ainsi que les caractéristiques personnelles expliquent ce phénomène.

Les enfants et adolescents semblent faire exception à cette tendance « d'immigrant en bonne santé ». Lors d'une étude menée récemment en Colombie-Britannique, les jeunes qui venaient d'arriver au Canada ont déclaré les mêmes taux de détresse psychologique que les enfants et adolescents nés au Canada. Ils sont également plus susceptibles de faire l'objet de discrimination.

Le racisme, qui constitue un facteur bien réel dans la vie quotidienne des minorités visibles, a des répercussions sur la santé mentale. Selon les chercheurs, le racisme contribue à une aggravation des problèmes émotifs et des symptômes psychiatriques, notamment ceux qui sont liés à la dépression.

Le bien-être est universel

Well-Being is Universal

La définition de la santé mentale et du bien-être est ancrée dans la culture. Toutefois, un projet australien sur les réfugiés révèle que de nombreux éléments du bien-être sont communs, et ce, en dépit de la culture, de la religion, du sexe et du statut socio-économique des personnes. Mentionnons :

- Se sentir, et être, en sûreté et en sécurité;
- Entretenir des relations riches de signification personnelle et de confiance;
- Avoir le sentiment d'appartenir à un groupe social;
- Avoir un sentiment d'identité personnelle;
- Ne pas avoir d'inquiétude au sujet de besoins fondamentaux - logement, nourriture, vêtements et eau;
- Être en contrôle de sa propre vie;
- Être autonome;
- Se sentir bien dans sa peau;
- Recevoir les soins de santé physiques et psychologiques requis;
- Faire valider ses expériences traumatisantes;
- Éprouver un sentiment d'optimisme ou d'espoir face à l'avenir.

Source: Multicultural Mental Health Australia

Les stress de la vie quotidienne et de la discrimination augmentent la vulnérabilité aux troubles mentaux ou aux difficultés émotives, mais certaines attitudes culturelles contribueraient à une réticence à chercher de l'aide. En Occident, on discute plus ouvertement, en général, de santé mentale et de dépendances; par contre, de nombreuses cultures non occidentales sont plus portées à cacher ou à négliger totalement ces problèmes, en n'agissant que lorsqu'ils deviennent graves. Selon Mme Stella Lee, qui travaille dans le programme de communication et d'information de la communauté chinoise de l'Association canadienne pour la santé mentale, il existe « une peur liée à la maladie mentale à cause du stigmate qui y est attaché ». Les familles ont tendance à dissimuler la maladie mentale et ne veulent pas qu'on le sache.

Il a été démontré, en effet, que le stigmate de la maladie mentale touche plus fortement les minorités ethniques que le groupe majoritaire. Les chercheurs n'en comprennent pas pleinement les raisons, mais dans les cultures d'Asie et d'Afrique, plus que dans la culture occidentale, ce stigmate s'étendrait à la famille élargie. Les travaux de recherche confirment que, à cause de ce sentiment de honte partagée par la famille, et de perceptions culturelles différentes quant aux causes et aux traitements de problèmes psychologiques, certains groupes ethniques au Canada prendraient plus de temps que les Euro-Canadiens pour chercher de l'aide. Le sondage le plus récent de Statistique Canada sur la santé mentale, par exemple, révèle que les personnes nées à l'extérieur du Canada étaient moins susceptibles d'utiliser un service de soins pour des raisons de santé mentale. Cet écart ethnique se confirmait, même en tenant compte des barrières linguistiques ou d'acceptation (par ex., une personne qui préfère se tirer d'affaire seule ou qui ne croit pas que les services de santé pourront lui être utiles). Les auteurs suggèrent qu'il existe un problème particulier touchant à la sensibilisation de problèmes de santé mentale et aux ressources disponibles au sein des communautés ethnoculturelles. Dans le cas où un patient éventuel serait réticent à demander de l'aide, Mme Lee encourage les membres de sa famille, par exemple, à prendre contact avec le médecin de famille de cette personne.

Une partie importante du problème provient du manque de services appropriés, en matière de santé mentale et de dépendances, qui seraient sensibles aux aspects multilingues, culturels et spirituels; de plus, on ne fait pas activement la promotion des services liés à la santé mentale et aux dépendances auprès des minorités non anglophones. Lors d'un sondage mené en Australie, par exemple, les personnes venues d'un pays non anglophone (et plus particulièrement, les personnes originaires de l'Asie du Sud et du Sud-Est, du Moyen-Orient et de l'Afrique) étaient moins susceptibles que leurs homologues de race blanche d'utiliser un service de santé en dépit du fait qu'ils rapportaient des niveaux de détresse psychologique plus élevés.

Le racisme au sein de l'appareil de santé mentale et de dépendances peut provoquer une lutte

Ressources de services de santé mentale pour immigrants

Contacts for Immigrant Mental Health Services

- Education Program Chinese Outreach (programme de communication et d'information de la communauté chinoise) ACSM (CMHA), section de Vancouver, de Burnaby (Burnaby Branch)
Tél. (604) 872 4902
- Vancouver Community Mental Health Services (Services communautaires de santé mentale de Vancouver)
Multicultural Mental Health Liaison Program (Programme de liaison des services multiculturels concernant la santé mentale)
Asian & Latin American Services (Services pour les communautés d'Asie et d'Amérique latine)
Tél. (604) 874 7626
- Chinese Crisis Line (Ligne d'alerte pour la communauté chinoise) : Richmond
Tél. (604) 279 8882 – mandarin
Tél. (604) 278 8283 – cantonais (cantonese)
- Family Services of the North Shore (Services aux familles de la Côte Nord)
Tél. (604) 988 5281
- Immigrant Services Society of BC (Société de services aux immigrants de la C.-B.)
Tél. (604) 684 2561
- Surrey Delta Immigrant Services Society (Société de services aux immigrants de Surrey, Delta)
Tél. (604) 595 4021
- Mood Disorders Support Group: Vancouver (Groupe de soutien pour les troubles de l'humeur)
Tél. (604) 738 4025 – cantonais (cantonese)
- SUCCESS – United Chinese Community Enrichment Services Society — (Société de services pour l'enrichissement de la communauté chinoise unie)
Tél. (604) 684 1628
- SUCCESS Burnaby-Coquitlam Office (Bureau de SUCCESS à Burnaby-Coquitlam)
Tél. (604) 936 5900
- SUCCESS Vancouver Family and Youth Program – Richmond Alcohol and Drug Action Team (Programme SUCCESS pour les familles et les jeunes de Vancouver – Équipe de lutte contre l'alcool et la drogue de Richmond)
Tél. (604) 408 7266
- Taiwanese Canadian Cultural Society (Société culturelle canadienne taïwanaise)
Tél. (604) 267 0901
- Surrey Delta Progressive Intercultural Community Services (Services communautaires interculturels progressifs de Surrey, Delta)
Tél. (604) 596 7722
- (Alcohol and Drug Referral Service (Service d'aiguillage concernant l'alcool et la drogue)
Tél. 1 800 663 1441
(sans frais d'interurbain en C-B)
Tél. (604) 660 9382 (Vallée du bas Fraser)

Partenaires :

Partners:

Anxiety Disorders Association of British Columbia
(Association pour les troubles de l'anxiété de la Colombie-Britannique)

British Columbia Schizophrenia Society
(Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique)

L'Association canadienne pour la santé mentale, section de la C.-B.

Centre de recherche sur les toxicomanies de la C.-B.

FORCE Society for Kids' Mental Health Care
(Société FORCE pour les soins de santé mentale aux enfants)

Jessie's Hope Society
(Société de l'espoir de Jessie)

La société pour les troubles de l'humeur de la C.-B.

Pour de plus amples renseignements, appelez (sans frais en C.-B.) la ligne d'information sur la santé mentale au : 1-800-661-2121

ou envoyez un courriel à : bcpartners@heretohelp.bc.ca

Site web : www.heretohelp.bc.ca

intérieure chez beaucoup de patients qui cherchent de l'aide : ils doivent s'efforcer d'intégrer un diagnostic médical de maladie mentale ou de dépendances, dans leur propres vues et conceptions, culturelles ainsi que spirituelles, à l'égard de la santé, de la maladie et de la guérison. Par exemple, ce qui constitue une expérience spirituelle pour un patient peut représenter une psychose pour un clinicien peu au courant des croyances culturelles et spirituelles de cette personne. De fait, les études reconnaissent que les praticiens commettent généralement plus d'erreurs de diagnostic avec les patients qui n'appartiennent pas à leur propre race.

Les différences culturelles rendent souvent plus difficile la communication entre les médecins et les patients. À titre d'exemple, les personnes venues d'Éthiopie peuvent juger à la fois déplacées et dénuées de sensibilité, des discussions franches concernant des problèmes médicaux; pour elles, les mauvaises nouvelles des médecins devraient leur parvenir par l'intermédiaire d'amis. Une personne d'origine chinoise peut signaler au médecin des symptômes physiques et ne fournir de l'information sur sa tristesse et sa détresse que si elle est directement interrogée à ce sujet. Si elle parle de ses émotions, elle pourrait s'exprimer en métaphores. Au sein de la société chinoise, par exemple, parler de « fatigue » ou de « lassitude » constitue souvent une indication de désespoir. Souvent, les membres des Premières nations, qui font face à des défis comparables à ceux de groupes de communautés culturelles venus de l'étranger, sont peu disposés à chercher de l'aide auprès du système officiel en matière de santé mentale et de dépendances, à cause de la manière dont les institutions de race blanche ont traité leurs communautés par le passé. Ces barrières de communication restreignent l'accès aux soins de beaucoup de personnes provenant de milieux culturels différents. Par ailleurs, les immigrants vivant en zone rurale peuvent choisir d'ignorer leurs besoins concernant leur santé mentale car ils sont isolés des quelques services offerts ciblant leurs groupes culturels.

Les services locaux associés à la santé mentale et aux dépendances en Colombie-Britannique doivent combler l'écart culturel et répondre aux besoins de ces Canadiens qui sont si négligés. Mieux encore, un dialogue doit s'établir au sujet des questions culturelles touchant à la santé mentale et aux dépendances; en définissant le soutien que doivent apporter les réseaux sociaux aux services de santé mentale, sans les remplacer. Lorsque nous abandonnerons l'idée fautive que « les familles et les communautés s'occupent de leurs propres membres », nous pourrions aborder la façon de planifier, de développer et de livrer ces services pour faire connaître l'existence de ces ressources aux groupes ethnoculturels de la Colombie-Britannique.

Ce dialogue peut également nous aider à comprendre des approches culturelles différentes de soins favorisant le rétablissement. L'Organisation mondiale de la Santé, par exemple, a montré que la schizophrénie a un meilleur pronostic ou résultat, dans les pays en voie de développement, non à cause

d'un meilleur traitement médical, mais plutôt de la réaction de la communauté et de l'intégration de la personne au sein de la communauté. Un grand nombre de philosophies et de remèdes asiatiques, africains et autochtones accordent une grande valeur à l'équilibre et à l'harmonie, et sont conscients du rôle joué par les éléments spirituels, affectifs, physiques et sociaux qui contribuent ou nuisent à la santé physique et mentale; cette interaction de l'esprit, du corps et de l'environnement fait trop souvent défaut dans les cadres de soins occidentaux traditionnels. Plus il y aura d'échanges de connaissances touchant à la promotion de soins concernant la santé mentale et les dépendances entre les communautés culturelles, plus le patient en profitera.

Sources

Sources

- BC Stats. (2005). BC immigration by area of last permanent residence: January to December 2004. Province of British Columbia. www.bcstats.gov.bc.ca/data/pop/imm04t1a.pdf
- Boufous, S., Silove, D., Bauman, A. et al. (2005). Disability and health service utilization associated with psychological distress: The influence of ethnicity. *Mental Health Services Research*, 7(3), 171-179.
- Elliott, L. (2003). The National Mental Health Project: A community-based program aimed at reducing mental disorders amongst refugees in Western Australia. *Multicultural Mental Health Australia*.
- Hicks, J.W. (2004). Ethnicity, race, and forensic psychiatry: Are we color-blind? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32(1), 21-33.
- Kopec, J., Williams, J.I., To, T. et al. (2001). Cross-cultural comparisons of health status in Canada using the Health Utilities Index. *Ethnicity and Health*, 6(1), 41-50.
- Lou, Y. & Beaujot, R. (2005). What happens to the 'Healthy Immigrant Effect': The mental health of immigrants in Canada. London, Ontario: Population Studies Centre of the University of Western Ontario. www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dp/dp05-15.pdf
- McCreary Centre Society. (2004). Healthy youth development: Highlights from the 2003 Adolescent Health Survey. Burnaby: MCS. www.mcs.bc.ca/pdf/AHS-3_provincial.pdf
- Mental Health Foundation. (2004). Refugees, asylum-seekers and mental health [fact sheet]. www.mentalhealth.org.uk
- Mok, H. & Morishita, K. (2002). Depression detection and treatment across cultures. *Visions: BC's Mental Health Journal*, No. 15, 7-8. www.cmha.bc.ca/files/15.pdf
- Oppedal, B., Roysamb, E. & Heyerdahl, S. (2005). Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 646-660.
- Plant, E.A. & Sachs-Ericsson, N. (2004). Racial and ethnic differences in depression: The roles of social support and meeting basic needs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 41-52.
- Ryder, A.G., Bean, G. & Dion, K.L. (2000). Caregiver responses to symptoms of first-onset psychosis: A comparative study of Chinese and Euro-Canadian families. *Transcultural Psychiatry*, 37(2), 255-265.
- Statistics Canada. (2002). Visible minority groups and immigrant status and period of immigration for population, for Canada, provinces, territories, census metropolitan areas and census agglomerations, 2001 Census — 20% Sample Data. 2001 Census Data: Ethnocultural Portrait of Canada. www.statcan.gc.ca
- Vasiliadis, H., Lesage, A., Adair, C. et al. (2005). Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 614-619. www.cpaapc.org/Publications/Archives/CJP/2005/september/cjp-sept-05-vasiliadis-7.pdf
- World Health Organization. (1979). *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. New York: John Wiley and Sons.

Sources mises à jour en 2006



Glossaire

Glossary

Dépression : ensemble de symptômes comportant d'une part un aspect psychique constitué de troubles de l'humeur avec pessimisme, douleur morale, idées de mort et de suicide, inhibition psychique, et d'autre part un aspect physique d'inhibition motrice : ralentissement moteur, troubles de l'appétit, constipation, troubles du sommeil et de la régulation du poids.

Immigrant : personne qui vient s'établir au Canada comme résident permanent.

Membre d'une minorité visible : un membre de minorité visible au Canada est une personne (autre qu'un Autochtone) qui n'est pas de race ou de couleur blanche, peu importe le lieu de naissance et appartenant à l'un des groupes suivants : Noir, Chinois, Philippin, Japonais, Coréen, Asiatique du Sud/Indien de l'Est (Indien de l'Inde, Bangladais, Pakistanais, Indien de l'Est originaire de la Guyane, de la Trinité, de l'Afrique orientale, etc.), Asiatique du Sud-Est (Birman, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, Vietnamien, etc.) Asiatique de l'Ouest non blanc, Nord-Africain non blanc ou Arabe (Égyptien, Libyen, Libanais, etc.), Latino-Américain non blanc (Amérindiens de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud, etc.), personnes d'origine mixte (dont l'un des parents provient de l'un des groupes ci-dessus), autre minorité visible.

Psychose : la psychose est un état caractérisé par une dégradation du contact avec la réalité qui peut entraîner des perturbations graves de la perception, de la cognition, du comportement et des émotions. Les causes de la psychose sont nombreuses : mentionnons, entre autres, l'abus ou le sevrage de substances, l'exposition à un stress grave, des maladies ou un état médical, génétique ou acquis, et des troubles de l'humeur. La cause la plus courante de psychose est toutefois la schizophrénie.

Réfugié : a qualité de réfugié toute personne se trouvant à l'extérieur de son pays de nationalité ou du pays où elle avait sa résidence habituelle et dans lequel elle ne peut ou ne veut pas retourner parce qu'elle craint 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.

Schizophrénie : psychose chronique caractérisée par une dissociation psychique, ou discordance, qui perturbe le cours de la pensée (elle devient hermétique et chaotique), altère le comportement (qui devient étrange, autistique) et bouleverse l'affectivité (archaïque et paradoxale), associée à un délire abstrait et symbolique qui élabore des thèmes d'influence alimentés par des hallucinations auditives et cénesthésiques et vécus dans une atmosphère de dépersonnalisation.

Stigmate : marque visible, signe apparent de quelque chose de pénible, d'accablant ou d'avilissant.

Trouble ou état de stress post-traumatique: ensemble de symptômes persistants d'ordre physique, cognitif, émotif et comportemental affectant une personne qui a été exposée, comme victime ou comme témoin, à un événement ayant constitué une menace sérieuse pour sa vie ou pour son intégrité physique, ou pour celles d'autrui.

Sources du glossaire

Glossary sources

- Office Québécois de la langue française. Le grand dictionnaire terminologique. <http://www.wolf.gouv.qc.ca>
- <http://www.cic.gc.ca/francais/pub/loi-imm.html#glossaire>
- <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?I2;s=3843701190;r=1;nat=;sol=1;>
- <http://w3.granddictionnaire.com/>
- <http://www.rosenet-ca.org/rose/immterm.htm>
- http://www.jobs-emplois.gc.ca/menu/ui_definitions_f.htm
- <http://www.cic.gc.ca/francais/pub/loi-imm.html#glossaire>

