



Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services de proximité en santé mentale

Rapport d'ETMI

Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé mentale

Direction de l'enseignement,
de la recherche et de l'innovation

CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
en collaboration avec le CIUSSS du
Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Mai 2025

Québec 

Auteur.e.s

Mélanie Pearson, agente de planification, de programmation et de recherche

Jean Damasse, agent de planification, de programmation et de recherche

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1N 3M5

Collaboratrice

Naïma Bentayeb, chercheure d'établissement

Unité d'évaluation – Institut universitaire SHERPA

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CLSC de Parc-Extension

7085, rue Hutchison

Montréal, Québec, H3N 1Y9

Soutien à la recherche documentaire

Marie Désilets, bibliothécaire (IUSMM, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)

Teodora Constantinescu, bibliothécaire (Institut universitaire SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal)

Révision interne

Thomas Poder, responsable scientifique (UETMISM, CIUSSS-EMTL)

Révision externe

Bertine Sandra Akouamba, conseillère scientifique (UETMISSS, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal)

Josée Charette, professeure et chercheure (Université du Québec à Montréal, Institut universitaire SHERPA, ÉRIFARDA, l'Équipe IDEÉ)

Révision linguistique

Karine Trudeau, agente de planification, de programmation et de recherche

(UETMISM, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)

Conception graphique

Kathleen Pelletier, technicienne en arts graphiques (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)

Pour citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services de proximité en santé mentale. Rapport d'ETMI préparé par Mélanie Pearson et Jean Damasse. Janvier 2025. 205 p.

Ce document est accessible en ligne à l'adresse Internet suivante :

<https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/recherche-et-enseignement/iusmm/recherche-enseignement-et-evaluation-liusmm/uetmi-sm>

Conflit d'intérêts :

Aucun rapporté.

Dépôt légal -Bibliothèque Nationale du Québec, 2025

ISBN (imprimé): 978-2-555-01356-8

ISBN (PDF): 978-2-555-01357-5

Tous droits réservés

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2025

Contributeurs et contributrices à ce rapport d'évaluation

Comité de suivi

- **Magdalah Brun**, coordonnatrice groupe santé mentale. Carrefour populaire Saint-Michel.
- **Jennifer Dahak**, adjointe au directeur adjoint. Direction générale. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Marie-France David**, psychoéducatrice et psychothérapeute. Direction santé mentale jeunesse. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **William Delisle**, directeur général. Club Ami. Montréal.
- **Lori Goodhand**, organisatrice communautaire. Direction santé publique. CLSC Benny Farm. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Valérie Lahaie**, coordonnatrice santé publique et partenariat. Direction des services intégrés de première ligne. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Hans Lamarre**, psychiatre. Département de psychiatrie. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Tinh-Nhan Luong**, pédiatre. Clinique pédiatrique transculturelle. Hôpital Maisonneuve-Rosemont. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Gloire Miruho-Abandibakobwa**, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Direction des soins infirmiers. CLSC Saint-Michel. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Tasnim Rekik**, intervenante communautaire. Corporation de développement communautaire Côte-des-Neiges. Montréal.
- **Jessica Saraf**, patiente partenaire. Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Ancuta Stan**, patiente partenaire. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Comité consultatif

- **Marie-Claire Bélisle**, infirmière santé mentale. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Jennifer Dahak**, adjointe au directeur adjoint. Direction générale. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **William Delisle**, directeur général. Club Ami. Montréal.
- **Sophie Duclos**, agente de planification, de programmation et de recherche. Direction services multidisciplinaires. Services psychosociaux généraux. CLSC de Rosemont.
- **Rachelle Durand**, cheffe des services psychosociaux généraux (SPG), cheffe du service des premiers soins psychologiques (PSP), responsable du volet psychosocial en contexte de sécurité civile. Direction des services multidisciplinaires. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Sophie Hamisultane**, professeure. École de travail social. Université de Montréal.
- **Philippe Harrison**, éducateur spécialisé. Réadaptation. Site Mackay. TranXition. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Farah Jamal**, coordonnatrice du continuum jeunesse en santé mentale. CIUSSS du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Mélanie Kinsella**, cheffe d'administration de programmes. Services spécifiques en santé mentale adulte. CIUSSS du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Jordane Labarussias**, coordonnateur des projets. Accueil aux immigrants de l'Est de Montréal.
- **Marcel Landry**, adjoint à la directrice. Direction santé mentale et dépendance. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Tinh-Nhan Luong**, pédiatre. Clinique pédiatrique transculturelle. Hôpital Maisonneuve-Rosemont. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Serge Maynard**, coordonnateur-cadre - volet recherche. Direction des affaires académiques. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

- **Ouassila Mehamsadji**, intervenante communautaire interculturelle – Santé. Accueil aux immigrants de l'Est de Montréal.
- **Gloire Miruho-Abandibakobwa**, infirmière praticienne - santé mentale. Direction des soins infirmiers. CLSC Saint-Michel. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Lucie Nadeau**, pédopsychiatre et professeure adjointe au département de psychiatrie de l'Université McGill. Centre universitaire de santé de McGill. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Centre de santé Inuulitsivik.
- **Tasnim Rekik**, intervenante communautaire. Corporation de développement communautaire Côte-des-Neiges. Montréal.
- **Chantal Sfeir**, coordonnatrice des services ambulatoires – volet adulte. Direction des programmes de santé mentale et dépendance. CIUSSS du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Marie-Eve Simard**, conseillère-cadre - volet alternative à l'hospitalisation psychiatrique. Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Kim Simard Tremblay**, coordonnatrice (intérim) du programme portail et cheffe de service du Centre de crise/équipe Résolution. Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Martin St-Pierre**, directeur adjoint - accès et services ambulatoires. Direction du programme de santé mentale et dépendance. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Ancuta Stan**, patiente partenaire. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Carolane Tremblay**, agente de planification, de programmation et de recherche. Bureau de la mission universitaire. Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Équipe de soutien de l'atelier délibératif

- **Ghislaine Ben Zerrouk**, coordonnatrice en évaluation (agente de planification, de programmation et de recherche). Institut Universitaire SHERPA. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Marc-Olivier Brassard**, agent de planification, de programmation et de recherche. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Karine Demers**, directrice adjointe - volet enseignement. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Katherine Dion**, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- **Sophia El Ouazzani**, assistante de recherche. Institut Universitaire SHERPA. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- **Andréanne Guindon**, cheffe d'administration de programmes. Institut Universitaire SHERPA. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette ETMI.

Nous remercions chaleureusement les membres du comité de suivi pour leur implication aux étapes charnières de cette évaluation. Nous exprimons aussi notre gratitude à l'égard des personnes qui ont accepté de partager leurs expertises et leurs expériences lors des entretiens et des groupes de discussion menés auprès d'elles. Nous remercions également les membres du comité consultatif pour leur participation à l'atelier délibératif. Nous sommes reconnaissant-e-s de l'implication de toutes les personnes qui ont été impliquées dans le recrutement de ces participant-e-s.

Nos remerciements sont aussi adressés aux bibliothécaires Marie Désilets et Teodora Constantinescu qui ont fait un travail de grande qualité pour la recherche documentaire. Merci à Nagham Dakhallah pour son implication aux premières étapes de la sélection des écrits ainsi qu'à Sophia El Ouazzani pour sa participation à l'extraction des données ainsi qu'à l'animation d'entretiens et de groupes de discussion.

Finalement, un merci spécial à notre comité organisateur de l'atelier délibératif sur les recommandations. Votre contribution fut garante du succès de cette rencontre.

Table des matières

Sigles et abréviations	13
Résumé	14
Summary	18
Glossaire	22
1. Contexte de la demande	28
1.1 Besoin décisionnel	28
1.2 Services de proximité en santé mentale sur les territoires de services du CEMTL et du CCOMTL	29
1.2.1 Établissements de santé et services sociaux de proximité	30
1.2.2 Organismes communautaires	30
1.3 Profil des personnes de la diversité ethnoculturelle selon les territoires de services de santé	30
1.4 Barrières à l'accès aux soins et aux services en santé mentale	37
2. Question décisionnelle, objectif et questions d'évaluation	38
3. Modèle logique	39
4. Méthode	41
4.1 Sources des données	41
4.1.1 Revue de la littérature	41
4.1.1.1 Stratégies de recherche documentaire	41
4.1.1.2 Sélection des publications	42
4.1.1.3 Évaluation de la qualité des données	45
4.1.2 Données contextuelles et données expérientielles	45
4.1.2.1 Données contextuelles	45
4.1.2.2 Données expérientielles	46
4.2 Considérations éthiques	48
4.3 Extraction des données	48
4.4 Synthèse et analyse des données	49
4.5 Appréciation de l'ensemble de la preuve	50
4.6 Validation scientifique	50
4.7 Recommandations : élaboration et évaluation de la force	51

5. Résultats de la recherche documentaire	54
5.1 Caractéristiques des publications retenues	54
5.2 Synthèse et analyse des résultats issus de la collecte des données	57
5.2.1 Gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle	57
5.2.1.1 Mission, objectifs, plans et politiques des organisations de santé	57
5.2.1.2 Représentativité des personnes de la diversité ethnoculturelle sur les conseils d'administration	59
5.2.1.3 Collecte de données sur les populations et leurs besoins	60
5.2.1.4 Évaluation et contrôle de la qualité	62
5.2.2 Ressources humaines, matérielles et financières	63
5.2.2.1 Ressources humaines : promotion, recrutement et embauche	63
5.2.2.2 Ressources humaines : formations ciblées	66
5.2.2.2.1 Formations continues en milieu de travail sur les caractéristiques et le contexte de vie des personnes de la diversité ethnoculturelle	66
5.2.2.2.2 Formations académiques sur les interventions interculturelles et les approches sensibles à la culture	68
5.2.2.3 Ressources matérielles et financières	70
5.2.2.3.1 Disponibilité de matériel d'informations adapté	70
5.2.2.3.2 Budget distinct pour les activités, opérations, actions et formations visant l'adaptation culturelle des services de proximité en santé mentale	71
5.2.3 Initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services et à susciter leur engagement à cet égard	72
5.2.3.1 Activités de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale et les soins et services	72
5.2.3.2 Informer les personnes de la diversité ethnoculturelle au moyen de différents outils	76
5.2.4 Prestation de soins et de services culturellement adaptés	78
5.2.4.1 Faire preuve de flexibilité dans l'espace: rapprocher les services des populations	78
5.2.4.2 Faire preuve de flexibilité dans le temps: accommodements possibles	80
5.2.4.3 L'interprétariat: l'entre-deux de la relation entre la personne de la diversité ethnoculturelle et l'intervenant-e	82
5.2.4.3.1 Utilisation des services d'un-e interprète professionnel-le	83
5.2.4.3.2 Utilisation d'interprètes informel-les ou <i>ad hoc</i>	86
5.2.4.4 Intégration des spécificités ethnoculturelles dans l'offre de soins et de services	87
5.2.4.4.1 Adaptation des soins à la diversité culturelle et linguistique	87
5.2.4.4.2 Médiation interculturelle	87
5.2.4.5 Implication des familles	91
5.2.4.6 Continuité des services basée sur la familiarité et la confiance	93
5.2.5 Liens interétablissements pour la dispensation de services aux communautés ethnoculturelles	94
5.2.5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité	94
5.2.5.2 Collaborations interorganisationnelles	98

6. Recommandations	102
6.1 Champ d'application des recommandations	102
6.2 Résultats de la délibération sur les recommandations	102
7. Discussion	112
7.1 Compétence culturelle et adaptation culturelle au niveau organisationnel	112
7.2 Limites de l'évaluation	116
7.3 Forces de l'évaluation	117
8. Conclusion	119
9. Références bibliographiques	121

Annexes

ANNEXE A	
Stratégie de recherche documentaire :	
banques de données bibliographiques indexées	128
ANNEXE B	
Résultats de la recherche documentaire : littérature grise	140
ANNEXE C	
Outils d'évaluation de la qualité méthodologique des publications	144
ANNEXE D	
Guide d'entretien avec des informatrices clés	145
ANNEXE E	
Guide d'entretien avec des intervenant·e·s et gestionnaires	
d'organismes communautaires et de services de proximité en santé mentale	147
ANNEXE F	
Formulaire d'engagement à respecter la confidentialité	151
ANNEXE G	
Formulaire de divulgation de conflit d'intérêts potentiels	152
ANNEXE H	
Formulaire d'information et de consentement	153
ANNEXE I	
Grille d'extraction des données	156

ANNEXE J –	
Publications exclues (motif : faible qualité méthodologique)	157
ANNEXE K	
Caractéristiques des publications analysées	158
ANNEXE L	
Documents de référence pour la classification thématique des données	177
ANNEXE M	
Classement thématique des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle	184
ANNEXE N	
Résultats (effets) selon les thèmes	186

Tableaux et figures

Figure 1 - Modèle logique	38
Figure 2 - Nombre de références recensées/années (Recherche exploratoire, février 2022)	40
Figure 3 - Diagramme de sélection des publications recensées entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2022 (modèle PRISMA, Moher et collab. 2009; Page et collab., 2021)	53
Tableau 1 – Pourcentage d'immigrant·e·s, d'immigrant·e·s récent·e·s, de réfugié·e·s et de résident·e·s non permanent·e·s sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL, et à l'échelle de la région sociosanitaire de Montréal (2021)	29
Tableau 2 – Pourcentage d'immigrant·e·s, d'immigrant·e·s récent·e·s, de réfugié·e·s et de résident·e·s non permanent·e·s par rapport à la population totale sur les territoires de services de CLSC du CEMTL et du CCOMTL, taux d'évolution 2016-2021	31
Tableau 3 - Principaux pays d'origine des immigrant·e·s récent·e·s en proportion sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL et de la région sociosanitaire de Montréal (2021)	32

Tableau 4 - Langue parlée le plus souvent à la maison en proportion sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL et de la région sociosanitaire de Montréal (2021).....	33
Tableau 5 - Connaissance des langues officielles en proportion sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL et de la région sociosanitaire de Montréal (2021).....	34
Tableau 6 - Répartition des demandeurs d'asile prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours sur les RTS du CEMTL et du CCOMTL (2019).....	34
Tableau 7 - Critères d'inclusion/exclusion des publications (PISCO et autres).....	41
Tableau 8 - Type d'entretien et nombre de participant·e·s selon le territoire de services du CIUSSS.....	45
Tableau 9 - Critères pour l'évaluation de la force des recommandations (définitions).....	51

Sigles et abréviations

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CCOMTL	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CEMTL	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
DPSMDI	Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
GMF	Groupe de médecine familiale
IU-SHERPA	Institut universitaire SHERPA
IUSMM	Institut universitaire de santé mentale de Montréal
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
RLS	Réseau local de services
RSS	Région sociosanitaire
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réseau territorial de services
RTS-COMTL	Réseau territorial de services du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
RTS-EMTL	Réseau territorial de services de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
UETMISM	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux

Résumé

Contexte

Depuis quelques années, plusieurs établissements publics en santé et services sociaux visent à accroître la diversité, l'équité, l'inclusion et l'appartenance dans les milieux d'intervention. La mise à jour des travaux sur la primauté de la personne à la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL) et la présence significative de personnes de la diversité ethnoculturelle sur son territoire sont à l'origine de la présente démarche. Celle-ci vise une meilleure adéquation entre la prestation de soins et de services offerts sur le territoire desservi par le CEMTL et les besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle qui y habitent.

C'est dans ce contexte que l'unité d'évaluation en technologie et modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) du CEMTL, avec la collaboration de l'IU-SHERPA du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), a réalisé une évaluation sur l'adaptation culturelle des services de proximité en santé mentale, en réponse à une demande en provenance du Bureau de la Mission Universitaire (BMU) de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (CEMTL).

Objectif et questions d'évaluation

L'objectif général de cette évaluation est d'identifier des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle de services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle résidant sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL. Le but est de présenter des recommandations visant à faciliter l'accès à ces services, et à favoriser leur utilisation ainsi que l'engagement de ces personnes à l'égard des soins et services advenant la mise en œuvre de ces recommandations.

À cet effet, deux questions d'évaluation ont été proposées :

- 1) Quelles sont les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle qui facilitent l'accès aux soins et aux services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle ?
- 2) Quelles sont les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle qui facilitent l'utilisation et favorisent l'engagement des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins et services de proximité en santé mentale ?

Méthode

Cette évaluation est basée à la fois sur une revue intégrative de données issues de la littérature scientifique et de la littérature grise, ainsi que sur des données contextuelles et expérientielles recueillies auprès de parties prenantes lors d'entretiens.

La recherche documentaire des publications de langue française et anglaise qui sont parues entre 2002 et 2022 a été effectuée dans quatre banques de données bibliographiques indexées, ainsi que dans la littérature grise, à l'aide de divers moteurs de recherche. Une évaluation de la qualité méthodologique des publications retenues a été réalisée selon différentes grilles d'évaluation. Les données contextuelles

ont été recueillies auprès du comité de suivi pour la présente évaluation et auprès d'informateur·trice·s clés en provenance d'établissements de santé du secteur public et d'organismes communautaires (p. ex., travailleur·euse·s sociaux, psychologues, infirmier·ère·s, médecins, etc.).

Les données expérientielles ont été recueillies auprès de membres du personnel d'organismes communautaires localisés sur le territoire du CEMTL et du CCOMTL, et de membres du personnel en provenance d'établissements de santé du secteur public. Les recommandations présentées ont été évaluées par un comité consultatif, lors d'un atelier délibératif (un processus d'échange d'informations et d'analyse critique de données entre diverses personnes et ayant des perspectives, expériences et connaissances variées sur un sujet donné) à l'aide d'une grille d'appréciation de la force des recommandations.

Résultats

Au total, quarante-huit publications répondant à divers critères de sélection ont été retenues pour l'analyse. Les résultats présentés dans ces publications étaient, en majorité, de nature qualitative et descriptive. Les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle identifiées dans ces publications ont été regroupées en cinq thèmes identifiés à même les publications analysées : 1) gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle; 2) ressources humaines, matérielles et financières; 3) initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services et à susciter leur engagement à cet égard; 4) prestation de soins et de services culturellement adaptés; et 5) liens interétablissements pour la dispensation de services aux communautés ethnoculturelles.

Une mise en contexte de ces résultats a été réalisée par l'entremise des informations obtenues auprès des parties prenantes à cette évaluation. Parmi ceux-ci figurent les membres du comité consultatif qui ont proposé des reformulations aux 18 recommandations initialement formulées par l'équipe projet lors d'une journée consacrée à un atelier délibératif. Ces recommandations sont regroupées selon les cinq thèmes susmentionnés.

Thèmes	Recommandations
1. Gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle	1. Mettre sur pied un comité décisionnel et intersectoriel (santé mentale, immigration) - incluant des personnes de la diversité ethnoculturelle sur une base paritaire - qui s'assurera de la promotion de changements structurels d'adaptation culturelle, de l'élaboration du plan stratégique des activités à implanter, de la supervision et de la documentation du processus, et d'en assurer le suivi. 2. Actualiser périodiquement le portrait des personnes de la diversité ethnoculturelle résidant sur le territoire montréalais afin d'adapter l'offre de services de santé mentale en fonction de leurs besoins. 3. Que la haute direction des établissements de santé mette en place des mécanismes d'évaluation des stratégies d'adaptation culturelle.

2. Ressources humaines, matérielles et financières	4. Valoriser l'embauche de personnes ouvertes à la diversité ethnoculturelle et le bagage culturel du futur employé. 5. Encourager l'embauche de personnes qui connaissent le français, l'anglais (pour les établissements désignés), et d'autres langues. 6. Viser une continuité des services basée sur la familiarité et la confiance des personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des intervenant·e·s des services de santé mentale. 7. Recruter des personnes de la diversité ethnoculturelle dans des fonctions clés (p. ex. : spécialiste en soins et interventions culturellement adaptés, agent de liaison). 8. Offrir une formation de base pour tous les employés, ainsi que des formations ciblées, basées sur le développement du savoir-être avec les personnes de la diversité ethnoculturelle et sur les interventions interculturelles en contexte de soins en santé mentale. 9. Traduire, adapter et rendre accessible en différentes langues, et dans un langage simplifié, les formulaires d'accès aux services, les descriptions des services et programmes, ainsi que les ressources éducatives et de sensibilisation à la santé mentale. 10. Maintenir et concentrer les ressources financières et le soutien administratif afin de faciliter un accès rapide à des interprètes, à des services de médiation culturelle et de traduction.
3. Initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services de santé mentale et à susciter leur engagement au traitement	11. Proposer des activités de sensibilisation, en co-construction avec les personnes de la diversité ethnoculturelle, sur les services de santé disponibles. 12. Informer les personnes de la diversité ethnoculturelle au moyen de différents outils (numériques et traditionnels), avec le soutien de personnes-ressources dans le domaine des communications, et en évaluer les retombées. Le contenu des messages serait culturellement et linguistiquement adapté par et pour les personnes de la diversité ethnoculturelle.
4. Prestation de soins et de services culturellement adaptés	13. Rapprocher les services de santé mentale des communautés ethnoculturelles, et vice-versa, notamment par l'entremise d'activités culturelles et artistiques. 14. S'assurer de la disponibilité et d'un accès facilité et continu à des interprètes professionnels qualifiés à l'égard des personnes de la diversité ethnoculturelle. 15. Intégrer la médiation interculturelle dans les établissements de santé mentale en misant sur du personnel qualifié. 16. Impliquer et accompagner les personnes de la diversité ethnoculturelle et leurs proches dans les soins offerts en santé mentale, et prendre en compte leurs perceptions et croyances à cet égard.

5. Liens interétablissements pour la dispensation de services aux communautés ethnoculturelles	17. Assurer une collaboration et une coordination bidirectionnelle entre les services de proximité en santé mentale et les organismes communautaires pour l'orientation et l'accompagnement des personnes de la diversité ethnoculturelle vers les services de santé mentale. 18. S'engager dans le développement de projets de partenariat entre les services de santé de proximité et les organismes communautaires, en vue d'offrir du soutien en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle.
--	--

Le comité consultatif a évalué ces recommandations au cours de l'atelier délibératif selon quatre critères : la faisabilité, la pertinence, la signification (expérience vécue des soins et services), et l'efficacité (lorsque mentionnée dans les publications analysées). La force des recommandations a été jugée à partir des critères suivants : recommandations sans réserve, recommandations avec réserve, non recommandée. Les résultats de cette démarche sont présentés selon la force des recommandations :

- ▶ Les recommandations n^{os} 4,5,6,8,9,11,13,14 ont reçu la meilleure cote de la part du comité consultatif avec un score de quatre critères sur quatre, et cela sans réserve;
- ▶ En second lieu, les recommandations n^{os} 1, 2, 7, 17 ont obtenu un score de trois critères sur quatre et cela sans réserve, pour les critères Faisabilité-Pertinence-Signification.
- ▶ En troisième place, les recommandations n^{os} 3, 10, 16, 18 ont obtenu un score de trois critères sur quatre, et cela sans réserve, pour les critères Faisabilité ou Pertinence ou Signification et Efficacité;
- ▶ Enfin, les recommandations n^{os} 12 et 15 ont obtenu un score de deux critères sur quatre, avec réserve.

Fait à noter, aucune recommandation n'a été rejetée (« non recommandée ») par le comité consultatif.

Ces recommandations ne pourront s'appliquer que dans la mesure où elles sont conformes aux lois, aux normes et aux règlements qui émanent des autorités canadiennes et québécoises et qui régissent les établissements de santé concernés.

Conclusion

Les résultats obtenus indiquent que les organisations de santé peuvent adapter leurs structures et leur offre de services à plusieurs égards pour faciliter l'accès, l'utilisation et la continuité des soins et services de santé mentale aux personnes de la diversité ethnoculturelle. Pour ce faire, dépasser la notion de compétence culturelle et envisager une adaptation culturelle à tous les niveaux de la structure organisationnelle peut s'avérer une pratique prometteuse.

Summary

Context

In recent years, several public health and social services institutions have aimed to increase equity, diversity, inclusion and affiliation in intervention environments. The update of work on the primacy of the person at the Directorate of Mental Health, Addiction, and Homelessness Programs (DPSMDI) of the Integrated University Health and Social Services Center of East Montreal (CEMTL), and the significant presence of ethnocultural diverse individuals on its territory, are at the origin of this initiative. The goal of this initiative is to better align the delivery of care and services offered in the CEMTL service area with the needs of ethnocultural diverse individuals residing there.

It is in this context that the Unit for Evaluation of Technology and Intervention Methods in Mental Health (UETMISM) of CEMTL, in collaboration with the IU-SHERPA of the CIUSSS of the Centre-West Island of Montreal (CCOMTL), conducted an evaluation of the cultural adaptation of community-based mental health services, in response to a request from the Office of the University Mission of the Montreal Institute of Mental Health (CEMTL).for this purpose.

Objective and Evaluation Questions

The general objective of this evaluation is to identify organizational strategies for the cultural adaptation of community-based mental health services for ethnocultural diverse individuals residing in the CEMTL and CCOMTL territories. The aim is to present recommendations to facilitate access to these services, promote their use, and encourage engagement from these individuals in care and services if these recommendations are implemented.

To this end, two evaluation questions were proposed:

- 1) What are the organizational strategies for cultural adaptation that facilitate access to community-based mental health care and services for ethnocultural diverse individuals?
- 2) What are the organizational strategies for cultural adaptation that facilitate the use and foster engagement of ethnocultural diverse individuals in community-based mental health care and services?

Method

This evaluation is based on both an integrative review of data from scientific literature and grey literature, as well as contextual and experiential data collected from stakeholders during interviews.

The literature review covered French and English publications from 2002 to 2022 and was conducted using four bibliographic databases and grey literature sources through various search engines. The methodological quality of the selected publications was assessed using various evaluation grids. Contextual data were gathered from the steering committee for this evaluation and from key informants from public health institutions and community organizations (e.g., social workers, psychologists, nurses, physicians, etc.).

Experiential data were collected from staff members of community organizations located in the CEMTL and CCOMTL territories and from staff members of public health institutions. The recommendations presented were evaluated by an advisory committee during a deliberative workshop (a process of exchanging information and critically analyzing data among diverse individuals with varying perspectives, experiences, and knowledge on a given topic) using a recommendation strength evaluation grid.

Results

In total, forty-eight publications that met various selection criteria were included in the analysis. The results presented in these publications were mainly qualitative and descriptive. The organizational strategies for cultural adaptation identified in these publications were grouped into five themes: 1) organizational governance adapted to ethnocultural diversity; 2) human, material, and financial resources; 3) initiatives to inform ethnocultural diverse individuals about care and services and to encourage their engagement; 4) culturally adapted care and service delivery; and 5) inter-institutional links for the provision of services to ethnocultural communities.

These results were contextualized using information gathered from stakeholders involved in the evaluation. Among these were members of the advisory committee who proposed revisions to the 18 recommendations initially formulated by the project team during a day dedicated to a deliberative workshop. These recommendations are grouped according to the five themes mentioned above.

Themes and Recommendations

Themes	Recommendations
1. Organizational Governance Adapted to Ethnocultural Diversity	1 Establish a decision-making and intersectoral committee (mental health, immigration) - including individuals from ethnocultural diversity on an equal basis - to promote structural changes for cultural adaptation, develop the strategic plan for activities to be implemented, supervise and document the process, and ensure its follow-up. 2. Periodically update the profile of individuals from ethnocultural diversity residing in the Montreal territory to adapt mental health service offerings to their needs. 3. Ensure that the senior management of health institutions implements evaluation mechanisms for cultural adaptation strategies.

2. Human, Material, and Financial Resources	4. Promote the hiring of individuals open to ethnocultural diversity and the cultural background of prospective employees. 5. Encourage the hiring of individuals who speak French, English (for designated institutions), and other languages. 6. Periodically update the profile of individuals from ethnocultural diversity residing in the Montreal territory to adapt mental health service offerings to their needs. 7. Recruit individuals from ethnocultural diversity in key roles (e.g., specialist in culturally adapted care and interventions, liaison officer). 8. Provide basic training for all employees, as well as targeted training focused on developing interpersonal skills with individuals from ethnocultural diversity and on intercultural interventions in mental health care contexts. 9. Translate, adapt, and make available in different languages, and in simplified language, access forms, service and program descriptions, as well as educational and awareness resources related to mental health. 10. Maintain and concentrate financial resources and administrative support to facilitate rapid access to interpreters, cultural mediation services, and translation.
3. Initiatives to Inform Individuals from Ethnocultural Diversity about Mental Health Care and Services and to Encourage Their Engagement in Treatment	11. Propose awareness activities, co-constructed with individuals from ethnocultural diversity, about available mental health services. 12. Inform individuals from ethnocultural diversity through various tools (digital and traditional), with the support of communication resources, and evaluate their impact. The content of the messages would be culturally and linguistically adapted by and for individuals from ethnocultural diversity.
4. Culturally Adapted Care and Service Delivery	13. Bring mental health services closer to ethnocultural communities, and vice versa, notably through cultural and artistic activities. 14. Ensure the availability and continuous and easy access to qualified professional interpreters for individuals from ethnocultural diversity. 15. Integrate intercultural mediation into mental health institutions by relying on qualified personnel. 16. Involve and support individuals from ethnocultural diversity and their relatives in the mental health care offered, and take their perceptions and beliefs into account.
5. Inter-Institutional Links for Delivering Services to Ethnocultural Communities	17. Ensure bi-directional collaboration and coordination between local mental health services and community organizations for the orientation and support of individuals from ethnocultural diversity towards mental health services. 18. Engage in developing partnership projects between local health services and community organizations to provide mental health support for individuals from ethnocultural diversity.

The advisory committee evaluated these recommendations during the deliberative workshop using four criteria: feasibility, relevance, significance (lived experience of care and services), and effectiveness (when mentioned in the publications analyzed). The strength of the recommendations was judged based on the following criteria: unreserved recommendations, recommendations with reservations, and not recommended. The results of this process are presented according to the strength of the recommendations (in descending order):

- ▶ Recommendations #4, #5, #6, #8, #9, #11, #13, #14 received the highest rating from the advisory committee, with a score of four out of four criteria, unreserved;
- ▶ Second, recommendations #1, #2, #7, #17 received a score of three out of four criteria, unreserved, for Feasibility-Relevance-Significance;
- ▶ Third, recommendations #3, #10, #16, #18 received a score of three out of four criteria, unreserved, for Feasibility or Relevance or Significance and Effectiveness;
- ▶ Finally, recommendations #12 and #15 received a score of two out of four criteria, with reservations.

It is noteworthy that no recommendation was rejected (“not recommended”) by the advisory committee.

These recommendations can only be implemented to the extent that they comply with the laws, standards, and regulations issued by Canadian and Quebec authorities governing the concerned health institutions.

Conclusion

The results indicate that health organizations can adapt their structures and service offerings in several ways to facilitate access, use, and continuity of mental health care and services for ethnocultural diverse individuals. To do so, going beyond the concept of cultural competence and considering cultural adaptation at all levels of the organizational structure can prove to be a promising practice.

Glossaire

Accessibilité des soins et services

« L'accessibilité réfère à la facilité d'entrer dans le système en raison de l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles, structurelles et organisationnelles. Elle se reporte à l'adéquation entre les caractéristiques des ressources et des services d'une organisation de santé et de services sociaux et les besoins de la population et des usagers pour fournir les soins et les services, à l'endroit et au moment opportun. » (MSSS, 2023, p. 40)

Adaptation culturelle

Healey et collab. définissent l'adaptation culturelle comme « toutes les modifications (ajout, changement ou retrait d'une composante) apportées à l'offre de services usuelle afin de la rendre plus acceptable, pertinente, utile et/ou efficace pour une population diversifiée » (Healey et collab. 2017, p. 2, trad. libre). Dans le cadre de la présente évaluation, l'adaptation culturelle concerne les stratégies organisationnelles qui sont définies plus loin.

Biais de sélection

« Dans une étude statistique, le terme biais de sélection désigne une erreur systématique faite lors de la sélection des sujets à étudier. Ce terme regroupe tous les biais pouvant conduire à ce que les sujets effectivement observés lors d'une enquête ne constituent pas un groupe représentatif des populations censées être étudiées et ne permettent donc pas de répondre aux questions posées dans le protocole. » (Goldberg, 1991, p.153)

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

« Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) est un établissement issu de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant. [...] Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il peut utiliser dans son nom les mots centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). » (MSSS, 2017, p. 2)

Centre local de services communautaires (CLSC)

« La mission d'un CLSC est d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants, et à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. » (MSSS, 2023, p. 42)

Compétence culturelle

La définition de la compétence culturelle la plus utilisée est celle de Cross et collab. : « Ce sont des comportements, des attitudes et des politiques qui permettent à des organisations et à leur personnel de travailler efficacement dans des situations interculturelles qui se déroulent à différents niveaux (organisationnel, structurel et clinique). » (Cross et collab., 1989, p. 3, trad. libre)

Continuité des soins et services

« La continuité des soins et services décrit le phénomène de fluidité dans une séquence temporelle, au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Les services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité peut être informationnelle ou relationnelle à l'intérieur d'un continuum de services. » (MSSS, 2023, p. 43)

Devis de recherche

« C'est une description détaillée, un plan qui définit la structure de la recherche et les stratégies retenues pour la poursuivre. Il est conçu en vue d'obtenir une réponse valable à la question de recherche ou une vérification en règle des prédictions formulées par les hypothèses. Le devis indique comment l'étude doit être conduite, comment les groupes doivent être constitués, quelles sortes de données recueillir et de quelle manière les obtenir. » (Phaneuf, 2013, p. 10-11)

Données scientifiques, expérientielles et contextuelles

« Les connaissances s'appuient sur trois types de données qui se distinguent selon leur finalité :

- Les **données scientifiques** regroupent les données issues de la littérature scientifique sur l'efficacité, l'efficience, l'innocuité ou la sécurité, le contexte organisationnel, les aspects psychosociaux, les aspects éthiques, les analyses économiques, l'expérience documentée des patients, des usagers, des proches aidants et des professionnels de la santé et des services sociaux. Elles constituent la **preuve scientifique** à la base des recommandations.
- Les **données contextuelles** fournissent de l'information quant aux conditions d'implantation des interventions dans un contexte donné, à la faisabilité et à l'accessibilité des pratiques ou des interventions à l'étude.
- Les **données expérientielles** renseignent sur l'applicabilité, la pertinence et l'acceptabilité des interventions. Elles proviennent : 1) de l'expérience de pratique des professionnels de la santé et des services sociaux; et 2) de l'expérience de vécu des patients, usagers et proches aidants.

La synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles constitue **l'ensemble de la preuve** à partir de laquelle seront formulées les recommandations. » (INESSS, 2014, p. 7)

Entretien collectif

« L'entretien collectif se définit *a minima* par le fait qu'il implique au moins deux personnes et met en jeu une relation sociale dépassant le traditionnel couple constitué par l'enquêteur et l'enquêté [...] Le qualificatif de 'collectif' est moins exigeant que celui de « groupe » [car les entretiens collectifs] peuvent également rassembler des personnes qui ont peu de choses en commun. (Duchesne et Haegel, 2008, p. 8)

Groupe de discussion (focalisée)

« Une méthode d'enquête qualitative [qui] consiste à rassembler un petit groupe d'individus homogène appartenant à une population précise, afin de provoquer des échanges et des discussions autour de thèmes prédéfinis. » (Desrosiers et Larivière, 2014, p. 258)

Interprète formel/informel

« [...] les interprètes formels sont définis comme étant des personnes ayant comme fonction professionnelle d'agir à titre d'interprètes et travaillant habituellement au sein d'une banque d'interprètes, qu'ils aient reçu une formation ou non pour ce faire. Les interprètes informels sont des personnes qui agissent à titre d'interprète sans que cela soit leur fonction professionnelle. Il s'agit généralement des proches de l'usager, du personnel bilingue de l'établissement ou de bénévoles de la communauté. » (Briand-Lamarche et collab., 2017, p.7)

Intervenant

« Un intervenant est un terme générique qui désigne l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel, qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci. » (MSSS, 2023, p. 47)

Littérature grise

« La littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale. » (Schöpfel, 2012)

Patient partenaire

« Un-e patient-e partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe pour les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions. » (CISSS de la Gaspésie)

Personnes de la diversité ethnoculturelle

Dans le cadre de cette évaluation, il s'agit des minorités visibles, des personnes racisées, des résident·e·s non permanent·es et des résident·e·s permanent·e·s : des demandeur·euse·s d'asile, et des immigrants dont le statut légal est défini par les autorités gouvernementales. Ces personnes parlent d'autres langues que les langues officielles du Canada.

- ▶ **Minorités visibles :** « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». La population des minorités visibles est principalement composée des groupes suivants : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais. (Statistique Canada, 2021a)
- ▶ **Personnes racisées ou racialisées :** Dans une société majoritairement blanche, se dit d'une personne qui n'est pas de race blanche, qui n'a pas la peau blanche, sans égard au lieu de naissance ou à la citoyenneté. [Elle fait aussi faire référence à une personne] qui est l'objet de discrimination liée à l'origine ethnoculturelle, à l'appartenance réelle ou supposée à un groupe perçu comme autre. (Dictionnaire Usito, 2024)
- ▶ **Résident·e·s non permanent·e·s :** Un·e demandeur·euse d'asile est une personne qui a demandé l'asile au Canada et qui attend que la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) du Canada rende une décision sur sa demande. [...] Les migrants à statut précaire (MSP) sont des résidents non permanents ou sans statut n'ayant pas accès à une assurance médicale publique ou privée. (Gouvernement du Canada 2019 cité dans Springmann, 2019)
- ▶ **Résident·e·s permanent·e·s :** Un·e immigrant·e récent·e désigne une personne qui est, ou qui a déjà été, un immigrant reçu ou résident permanent. Il s'agit d'une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Les immigrants qui ont obtenu la citoyenneté canadienne par naturalisation sont compris dans ce groupe. (Statistique Canada, 2017)
- ▶ Les catégories d'admission de l'immigrant sont les suivantes : immigrant économique, immigrant parrainé par la famille, réfugié et autre immigrant (cas d'intérêt public ou d'ordre humanitaire, autre immigrant, non inclus ailleurs). (Statistique Canada, 2019) Un immigrant récent est un immigrant s'étant établi au pays dans les cinq années précédant le recensement. Selon Statistique Canada (2021b), la première génération désigne les personnes qui sont nées à l'extérieur du Canada. La deuxième génération désigne les personnes qui sont nées au Canada et dont au moins l'un des parents est né à l'extérieur du Canada. La troisième génération ou plus désigne les personnes nées au Canada et dont les deux parents sont nés au Canada. Selon le Gouvernement du Canada (2019), un·e réfugié·e est une personne qui se trouve hors de son pays d'origine ou de résidence habituelle et qui ne peut pas y retourner, parce qu'elle craint avec raison d'être persécutée pour des motifs liés à sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un groupe social particulier ou ses opinions politiques. (Springmann, 2019)

Région sociosanitaire (RSS)

« Dans le contexte du système de santé et de services sociaux, le territoire québécois est divisé, par décrets gouvernementaux, en 18 RSS. » (MSSS, 2017) La RSS 06 est celle de Montréal.

Réseau territorial de services (RTS)

« Le territoire d'un centre intégré constitue le RTS de l'établissement. Les RTS sont au nombre de 22 et visent à assurer des services de santé mentale de proximité et leur continuité à la population. Une région sociosanitaire peut compter un seul ou plusieurs RTS. La coordination des services au sein du RTS est assurée par le centre intégré. » (MSSS, 2023, p. 49)

Revue systématique

« Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Ce type de revue implique des méthodes objectives de recherche documentaire, l'application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions. On peut ou non utiliser des méthodes statistiques (méta-analyse) pour analyser et synthétiser les résultats des études incluses. » (Glossaire en évaluation des technologies de la santé)

Santé mentale

« Le concept de santé mentale est majoritairement considéré à partir d'un modèle écologique qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de la personne. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.) [CSBE, 2012a]. Quant aux troubles mentaux, ils sont définis en tant qu'affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. » (OMS, 2001, p. 21; cité dans INESSS, 2018, p. xiv)

Services de proximité

« Dans le cadre de cette évaluation, ils correspondent aux services offerts par les organismes communautaires et par les services de santé de première ligne aux populations qui résident sur le territoire d'un CIUSSS. Les soins et services de première ligne sont les « [s]ervices de santé courants qui s'appuient sur des moyens diagnostiques et thérapeutiques relevant d'une structure légère, qui sont offerts localement et qui permettent de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes communs de santé de la population. » (MSSS, 2023, p. 3).

Stratégie organisationnelle

« La stratégie concerne l'orientation des activités d'une organisation à long terme. Elle vise à obtenir un avantage distinctif grâce à la configuration des ressources de l'organisation dans un environnement complexe et changeant, afin de répondre aux attentes du marché et des différentes parties prenantes (propriétaires, employés, bailleurs de fonds, communauté/société, pouvoirs publics, etc.). » (adapté de Johnson et collab., 2008, cité dans CRISES)

Synthèse narrative analytique

« La synthèse narrative analytique a pour objectif de développer une compréhension approfondie de la façon dont une intervention fonctionne, des personnes pour lesquelles elle fonctionne et des circonstances dans lesquelles elle fonctionne, puis de la communiquer aux lecteurs de la revue systématique (IOM, 2011) [...] Une revue systématique contient une synthèse narrative analytique des données qui va au-delà de la simple description des études et inclut une analyse critique de celles-ci. » (INESSS, 2013, p. 35-36)

Territoire

« Le territoire est soit administratif, soit vécu. Le territoire vécu se construit par l'interaction entre des individus, par les attributs physiques du territoire, par les institutions et les partenaires qui le composent, dans un cadre de valeurs partagées. » (MSSS, 2023, p. 52)

1. Contexte de la demande

1.1 Besoin décisionnel

Depuis quelques années, plusieurs établissements publics en santé et en services sociaux visent à accroître la diversité, l'équité, l'inclusion et l'appartenance dans les milieux d'intervention. Les CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL) et du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL) s'inscrivent dans cette mouvance.

D'une part, la primauté de la personne occupe une place de choix au sein du [*Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*](#) qui structure de nombreux programmes au sein des CISSS et des CIUSSS. Rappelons que la primauté de la personne est issue de la [*Politique de santé mentale*](#) du Gouvernement du Québec qui la caractérise ainsi :

« Assurer la primauté de la personne implique le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue, favoriser sa participation et celle de ses proches. Cette orientation suppose enfin sa participation dans les décisions qui la concernent, la prise en considération de l'ensemble de ses besoins et de sa condition biopsychosociale ainsi que le respect de ses droits » (MSSS, 1989, p. 23).

Dans ce même document, l'adaptation des services aux besoins des personnes des communautés ethnoculturelles est encouragée, notamment par l'utilisation des services d'interprétariat et par la formation *Intervenir en contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle*¹.

Dans cette foulée, la mise à jour des travaux sur la primauté de la personne à la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) du CEMTL et la présence significative de personnes de la diversité ethnoculturelle sur son territoire (29 % de personnes immigrantes, selon une source interne du CEMTL) constituent les principaux fondements d'une démarche visant une meilleure adéquation entre la prestation de soins et de services offerts sur le territoire desservi par le CEMTL et les besoins de la population qui y habitent.

Par ailleurs, le [*Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*](#) (MSSS, 2022) regroupe un ensemble d'actions, dont celle visant l'amélioration de l'accès aux soins et aux services en santé mentale. C'est dans cette optique que s'inscrit le [*Programme québécois pour les troubles mentaux \(PQPTM\)*](#) dont l'objectif vise à ce que toute personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental reçoive le service adapté à ses besoins selon le principe de « l'accès au bon service, au bon moment, au bon endroit, avec l'intervenant détenant la bonne expertise » (MSSS, 2022, p. 51). Dans ce [*Plan d'action*](#), l'organisation de services intégrés est identifiée comme la stratégie qui devrait assurer l'accès aux services. Ce plan propose de mettre en place des soins en collaboration, des services et un accompagnement qui sont adaptés aux besoins et aux réalités spécifiques des personnes, dont celles de la diversité ethnoculturelle, qui seraient réticentes à demander de l'aide et, conséquemment, à utiliser les services de santé mentale dont ils ignorent souvent l'existence et la façon d'en bénéficier.

¹ IU-SHERPA et l'équipe de Formation continue partagée du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Formation en ligne *Intervenir en contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle*. Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial. <https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html>.

À cet effet, Wood et Newbold (2012) mentionnent que parmi les barrières à l'accès aux services de santé mentale pour les membres de communautés ethnoculturelles en Ontario (Canada) qui présentent un trouble mental figure la stigmatisation par leur famille et leur communauté. Parmi ces personnes, plusieurs font face à une double stigmatisation en raison de stéréotypes de la population canadienne à l'égard de leur statut ainsi qu'aux représentations négatives de la maladie mentale, souvent taboue dans leur propre culture. Par conséquent, elles n'osent pas chercher de l'aide pour traiter leur problème de santé mentale (Yusuf Farah, 2018). Pourtant, les personnes immigrantes (immigrants économiques, immigrants parrainés par la famille, demandeurs d'asile, etc.) connaissent des expériences de vie stressantes en raison du voyage migratoire, du défi de quitter un pays et de devoir s'adapter à leur pays d'accueil. Ces stress de la vie peuvent avoir un impact sur leur santé mentale lorsqu'ils sont combinés à un manque de soutien approprié.

C'est dans ce contexte que l'équipe de l'UETMISSS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL) et son institut universitaire affilié, l'IU-SHERPA, ont été sollicités par l'UETMISM du CEMTL pour collaborer à une évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) sur l'adaptation culturelle de services de proximité en santé mentale. L'adaptation des services offerts aux populations immigrantes est l'un des principaux axes de recherche de l'IU-SHERPA qui détient également une expertise en formation et en soutien des professionnels de la santé et du milieu communautaire en approche interculturelle. L'équipe projet pour la présente évaluation est donc composée de membres de ces deux UETMI.

La demande d'évaluation initiale visait à identifier des stratégies d'adaptation culturelle afin d'adapter l'offre de soins et de services de santé mentale de proximité du CEMTL et du CCOMTL, de manière à pouvoir répondre adéquatement aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle.

Pour situer le problème dans son contexte, une description des soins et services de proximité en santé mentale sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL est d'abord présentée dans la section suivante. Elle est suivie d'un bref profil sociodémographique des résidents des territoires desservis par ces deux CIUSSS afin de mieux comprendre ce qui caractérise ces populations. Enfin, les barrières à l'accès aux services de santé pour les personnes de la diversité ethnoculturelle et les stratégies d'adaptation culturelle de ces services de santé sont brièvement abordées.

1.2 Services de proximité en santé mentale sur les territoires de services du CEMTL et du CCOMTL

Cette section du rapport présente brièvement les établissements de santé de proximité et les organismes communautaires dans le domaine de la santé mentale que l'on retrouve sur les territoires de services du CEMTL et du CCOMTL ainsi que la répartition des populations de la diversité ethnoculturelle qui résident sur ces territoires.

1.2.1 Établissements de santé et services sociaux de proximité

Les territoires desservis par le CEMTL² et le CCOMTL³ comprennent une variété de services de première ligne, dont les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui offrent des services d'accueil psychosocial (évaluation des besoins), d'orientation et de référence (notamment vers le Guichet d'accès en santé mentale adulte pour la gestion de l'anxiété et de diverses formes de souffrance psychologique). Les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques médicales offrent des services médicaux et de suivi. Que ce soit en CLSC ou en cliniques, des psychologues et des psychothérapeutes offrent également des services de santé mentale. Enfin, l'urgence psychiatrique de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) représente aussi une porte d'entrée vers des soins et des services de santé mentale. Outre des services d'évaluation psychiatrique et médicale, des traitements et, s'il y a lieu, l'hospitalisation y sont offerts.

1.2.2 Organismes communautaires

Des soins et services de proximité en santé mentale sont également offerts par des organismes communautaires qui répondent à des besoins non couverts par le réseau public. Par exemple, la Table de concertation en santé mentale de l'Est de Montréal rassemble les organismes communautaires dans ce domaine, en partenariat avec le CEMTL. Sur le territoire du CCOMTL, le Club Ami est un exemple d'organisme communautaire sans but lucratif qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Il existe d'autres types d'organismes communautaires (dont les centres de crise, centres d'écoute téléphonique, centres d'entraide, centres de références, centres de travail adapté, groupes d'entraide, maisons de jeunes) qui peuvent servir de portes d'entrée pour une population vulnérable ou réticente à consulter des établissements de santé de proximité appartenant au réseau public. Par ailleurs, les organismes destinés spécifiquement aux nouveaux et nouvelles arrivant-e-s, ainsi qu'aux personnes demandeuses d'asile, peuvent jouer un rôle important d'écoute, de conseil et de référencement à ces établissements.

1.3 Profil des personnes de la diversité ethnoculturelle selon les territoires de services de santé

Dans les lignes qui suivent, un profil des personnes de la diversité ethnoculturelle est présenté de manière à les dénombrer et à les localiser sur les territoires respectifs des deux CIUSSS visés par la présente évaluation (CEMTL et CCOMTL) selon deux échelles territoriales : les réseaux territoriaux de services (RTS), et la région sociosanitaire (RSS)⁴. Le CEMTL est responsable du RTS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (RTS-EMTL) et le CCOMTL assure la responsabilité du RTS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (RTS-CCOMTL).

² Ce territoire est délimité par six arrondissements de la Ville de Montréal : Rivière-des-Prairies - Pointe-aux-Trembles, Anjou, Mercier-Hochelaga-Maisonneuve, Saint-Léonard, une partie de Villeray-Saint-Michel-Parc Extension – et une partie de Rosemont-La Petite-Patrie.

³ Ce territoire est délimité par cinq arrondissements de la Ville de Montréal : Parc-Extension, Outremont, une partie du Plateau-Mont-Royal, une partie de Ville-Marie et Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce.

⁴ Leurs définitions se retrouvent dans le glossaire du présent document.

Mentionnons que le territoire de services du CEMTL et celui du CCOMTL sont habités, en partie, autant par des personnes ayant immigré récemment, c'est-à-dire celles qui habitent sur ces territoires depuis moins de cinq ans, que par des personnes immigrantes de deuxième, voire de troisième génération. Aussi, il peut s'agir autant d'immigrant·e·s permanent·e·s, d'immigrant·e·s économiques, d'immigrant·e·s parrainé·e·s, de réfugié·e·s, que de résident·e·s non permanent·e·s tel·le·s que les demandeur·euse·s d'asile, etc.

Dans le Tableau 1, les données démographiques du recensement de 2021 de Statistique Canada indiquent une proportion supérieure d'immigrant·e·s sur le territoire de services du CCOMTL (RTS-CCOMTL) soit 38,7 % de la population totale (dont 7,9 % sont des immigrant·e·s récent·e·s) en comparaison avec les immigrant·e·s qui habitent sur le territoire de services du CEMTL (RTS-CEMTL) qui représentent 30,8 % de la population totale (dont 4,4 % sont des immigrant·e·s récent·e·s), et ceux habitant la RSS-Montréal (MTL) qui représentent 33,3 % de la population totale (dont 5,8 % sont des immigrant·e·s récent·e·s). Aussi, les personnes réfugiées (12,5 %) et les résident·e·s non permanent·e·s (13,0 %) sur le territoire de services du CCOMTL (RTS-CCOMTL) sont, en proportion, trois fois plus nombreux·ses que ceux et celles qui habitent sur le RTS-CEMTL.

Tableau 1 – Pourcentage d'immigrant·e·s, d'immigrant·e·s récent·e·s, de réfugié·e·s et de résident·e·s non permanent·e·s sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL, et à l'échelle de la région sociosanitaire de Montréal (2021)

Population	Territoire		
	RTS-CEMTL	RTS-CCOMTL	RSS-MTL
Immigrant·e·s	30,8 %	38,7 %	33,3 %
Immigrant·e·s récent·e·s	4,4 %	7,9 %	5,8 %
Réfugié·e·s	4,2 %	12,5 %	15,6 %
Résident·e·s non permanent·e·s	4,1 %	13,0 %	7,1 %

Source : Statistique Canada. Recensement de la population. 2021

Par ailleurs, tel que présenté dans le Tableau 2, à l'échelle du RTS-CEMTL, c'est à Saint-Léonard et à Saint-Michel que l'on retrouve la plus grande proportion de personnes immigrantes, avec respectivement 47,0 % et 46,4 % de la population, alors que les populations de Rivière-des-Prairies, d'Olivier-Guimond et de Mercier-Est Anjou comptent environ un tiers de personnes immigrantes (34,9 %, 29,3 et 29,0 % respectivement). Dans Rosemont, 22,9 % de la population est composée de personnes immigrantes. Dans Hochelaga-Maisonneuve (17,2 %) et à Pointe-aux-Trembles (16,2 %), la proportion de personnes immigrantes compte pour moins de 20 % de la population. Enfin, les personnes issues de l'immigration récente qui résident dans Saint-Michel (6,8 %) et dans Saint-Léonard (5,9 %) représentent moins de 10 % de la population totale du RTS-CEMTL.

À l'échelle du RTS-CCOMTL, c'est sur les territoires des CLSC de Parc-Extension, de Côte-des-Neiges et de René Cassin que se concentre la plus grande proportion de personnes immigrantes, avec respectivement 44,6 %, 41,8 % et 40,5 % de la population totale. Les populations de Benny Farm (35,2 %) et du Métro (32,2 %) comptent pour moins de 40 % de la population totale. Les personnes issues de l'immigration récente qui résident dans Côte-des-Neiges (9,4 %) et dans le CLSC du Métro (8,14 %) sont en plus grande proportion parmi la population totale du RTS-CCOMTL.

Dans l'ensemble, exception faite des personnes demandeuses d'asile dont il est question un peu plus loin, il y a une plus forte concentration d'immigrant·e·s sur les territoires de Saint-Michel et Saint-Léonard (CEMTL) et de Parc-Extension et Côte-des-Neiges (CCOMTL).

Si l'on porte maintenant un regard général sur le taux d'évolution 2016-2021 pour le RTS-CEMTL et le RTS-CCOMTL, on observe tantôt une diminution de la proportion des personnes de la diversité ethnoculturelle qui habitent sur ces territoires, tantôt une hausse de cette proportion, et ce à divers degrés.

Ainsi, concernant les immigrant·e·s qui habitent le RTS-CEMTL, on observe une faible diminution chez les résident·e·s du secteur nord de Montréal (Saint-Léonard : - 2,6 %, Saint-Michel : - 4,6 %) alors, qu'à l'inverse, la proportion des immigrant·e·s a augmenté de 38,1 % à Pointe-aux-Trembles. Pour le RTS-CCOMTL, Parc-Extension a connu une diminution de 18,8 % de sa population immigrante entre 2016 et 2021. Cette tendance a également été observée chez les immigrant·e·s récent·e·s (- 26,5 %).

Dans le RTS-CEMTL, la proportion des personnes réfugiées a augmenté dans les secteurs situés à l'Est de l'île de Montréal (Olivier Guimond : 24,1 %, Pointe-aux-Trembles : 34,8 %) alors que la proportion des réfugié·e·s a surtout diminué dans Hochelaga-Maisonneuve (-18,0 %). Quant au RTS-CCOMTL, la proportion des personnes réfugiées a augmenté dans le secteur Métro, avec une hausse de 81 %, et elle a diminué de 16,7 % dans Parc-Extension. Enfin, la proportion de résident·e·s non permanent·e·s a connu une hausse significative dans plusieurs secteurs des RTS-CEMTL et RTS-CCOMTL.

Faite à noter, ces hausses de résident·e·s sont parfois associées à une faible proportion (moins de 5 %), de la population totale des RTS-CEMTL et RTS-CCOMTL. Le contexte de pandémie à la COVID-19 et les politiques canadiennes en matière d'accueil des immigrant·e·s peuvent avoir influencé ces résultats.

Tableau 2 – Pourcentage d'immigrant·e·s, d'immigrant·e·s récent·e·s, de réfugié·e·s et de résident·e·s non permanent·e·s par rapport à la population totale sur les territoires de services de CLSC du CEMTL et du CCOMTL, taux d'évolution 2016-2021

Territoire	Immigrant·e·s % p/r à la population totale (taux d'évolution entre 2016 et 2021)	Immigrant·e·s récent·e·s % p/r à la population totale (taux d'évolution entre 2016 et 2021)	Réfugié·e·s % p/r à la population totale (taux d'évolution entre 2016 et 2021)	Résident·e·s non permanent·e·s % p/r à la population totale (taux d'évolution entre 2016 et 2021)
RTS-CEMTL (par CLSC)				
Saint-Léonard	47,0 % (-2,6 %)	5,9 % (-39,7 %)	5,5 % (-7,0 %)	3,4 % (+191,9 %)
Saint-Michel	46,4 % (-4,6 %)	6,8 % (-31,3 %)	9,0 % (0,0 %)	8,2 % (+283,6 %)
Rivière-des-Prairies	34,9 % (+3,5 %)	1,6 % (-37 %)	4,0 % (+4,1 %)	1,0 % (+166,0 %)
Olivier-Guimond	29,3 % (+7,5 %)	4,9 % (-23,4 %)	3,9 % (+24,1 %)	5,2 % (+291,2 %)
Mercier-Est Anjou	29,0 % (+15,5 %)	4,9 % (-10,6 %)	3,7 % (+4,7 %)	3,5 % (+425,2 %)
Rosemont	22,9 % (-1,3 %)	4,4 % (-28,6 %)	2,5 % (-5,2 %)	4,7 % (+168,4 %)
Hochelaga-Maisonneuve	17,2 % (+6,5 %)	4,1 % (-9,8 %)	2,3 % (-18,0 %)	6,5 % (+138,0 %)
Pointe-aux-Trembles	16,2 % (+38,1 %)	1,9 % (+21,6 %)	2,8 % (+34,8 %)	1,2 % (+374,1 %)
RTS-CCOMTL (par CLSC)				
Parc-Extension	44,6 % (-18,8 %)	7,24 % (-26,5 %)	29,80 % (-16,7 %)	20,92 % (+282,5 %)
Côte-Des-Neiges	41,8 % (-3,4 %)	9,4 % (-15,7 %)	9,88 % (-1,3 %)	11,17 % (+92,8 %)
René-Cassin	40,5 % (-2,4 %)	6,19 % (-24,4 %)	9,96 % (5,3 %)	6,27 % (+115,2 %)
Benny Farm	35,2 % (4,4 %)	6,5 % (-24,0 %)	14,6 % (23,8 %)	8,3 % (+120,0 %)
Métro	32,2 % (4,4 %)	8,14 % (-8,3 %)	9,72 % (81,0 %)	23,5 % (+35,9 %)

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2021.

Dans le Tableau 3, on observe que la majorité des personnes immigrantes qui résident sur le RTS-CEMTL sont originaires d'Haïti, de l'Algérie, de l'Italie et du Maroc. Les personnes immigrantes qui résident sur le RTS-CCOMTL proviennent surtout des Philippines, de la France, d'Iran et des États-Unis. À noter la présence d'immigrants récents sur le RTS-CCOMTL qui proviennent du Maroc (6,0 %) et de la Chine (5,5 %).

Tableau 3 - Principaux pays d'origine des immigrant-e-s récent-e-s en proportion sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL et de la région sociosanitaire de Montréal (2021)

Immigrant-e-s	Immigrant-e-s récent-e-s
RTS-CEMTL	
Haïti (15,9 %)	Algérie (29,5 %)
Algérie (15,6 %)	Haïti (12,0 %)
Italie (10,9 %)	France (9,0 %)
Maroc (7,1 %)	Maroc (7,9 %)
RTS-COMTL	
Philippines (11,2%)	Maroc (6,0%)
France (6,0%)	Chine (5,5%)
Iran (4,5%)	Inde (3,67%)
États-Unis (3,2%)	Roumanie (2,65%)
RSS-MTL	
Haïti (7,4 %)	France (10,7 %)
Algérie (6,9%)	Algérie (9 %)
France (6,5 %)	Chine (6 %)
Maroc (5,7 %)	Philippines (5,8 %)

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2021

Dans le Tableau 4, on observe que sur le RTS-CEMTL, le français prédomine nettement en proportion (65,2 %) sur les autres langues parlées le plus souvent à la maison alors que l'anglais (38,3 %) surpasse le français (26,8 %) comme langue parlée le plus souvent à la maison sur RTS-CCOMTL. Pour ce qui est du territoire qui couvre la RSS-MTL, la proportion de personnes parlant le français à la maison est de 48,3 % en comparaison à 24,2 % des personnes parlant anglais à la maison.

Tableau 4 - Langue parlée le plus souvent à la maison en proportion sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL et de la région sociosanitaire de Montréal (2021)

Territoire	Langues
RTS-CEMTL	Français (65,2 %) Anglais (10,2 %) Espagnol (3,8 %) Arabe (2,7 %) Italien (2,3 %)
RTS-CCOMTL	Français (26,8 %) Anglais (38,3 %) Mandarin (2,6 %) Espagnol (2,1 %) Arabe (2,4 %) Pendjabi (1,9 %) Persan iranien (1,9 %)
RSS-MTL	Français (48,3 %) Anglais (24,2 %) Arabe (2,9 %) Espagnol (2,7 %) Mandarin (1,6 %)

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2021

Concernant la connaissance des deux langues officielles au Canada que maîtrisent les résident·e·s des RTS-CEMTL, RTS-CCOMTL et de la RSS-MTL, le Tableau 5 indique que 27 % de la population qui réside sur le RTS-CCOMTL parle uniquement l'anglais alors que 42,4 % de la population qui réside sur le RTS-CEMTL parle uniquement français. Aussi, plus de la moitié des résidents sur ces deux territoires (RTS-CEMTL : 52,2 %; RTS-CCOMTL : 61,5 %) maîtrise les deux langues officielles. Fait à noter, entre 2 % et 3 % de la population qui résident sur les territoires de ces deux CIUSSS et dans la région sociosanitaire de Montréal ne parlent aucune des deux langues officielles.

Tableau 5 - Connaissance des langues officielles en proportion sur les territoires de services du CEMTL, du CCOMTL et de la région sociosanitaire de Montréal (2021)

Langues	RTS-CEMTL	RTS-CCOMTL	RSS-MTL
Anglais seulement	3,2 %	27,0 %	13,2 %
Français seulement	42,4 %	8,60 %	24,6 %
Anglais et français	52,2 %	61,5 %	59,8 %
Ni anglais ni français	2,2 %	2,8 %	2,3 %

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2021

Enfin, malgré le peu d'information disponible sur les demandeur·euse·s d'asile, principalement installé·e·s à Montréal, les données disponibles présentées dans le Tableau 6 indiquent que ces personnes qui reçoivent l'aide de dernier recours offerte par le gouvernement du Québec se retrouvent en plus grande proportion sur le RTS-CCOMTL (37 % des demandeurs) en comparaison avec ceux qui habitent sur le RTS-CEMTL (20 % des demandeurs). C'est dans le secteur Parc-Extension où l'on retrouve la plus grande proportion de ces demandeurs d'asile avec 21 % de la population qui résident sur le RTS-CCOMTL.

Tableau 6 - Répartition des demandeurs d'asile prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours sur les RTS du CEMTL et du CCOMTL (2019)

RTS/CLSC	Demandeur·euse·s d'asile recevant l'aide de dernier recours
RTS-CEMTL	
RTS-CEMTL	20 %
Saint-Léonard	3 %
Saint-Michel	5 %
RTS-CCOMTL	
RTS-CCOMTL	37 %
Côte-Des-Neiges	6 %
Parc-Extension	21 %

Source : Springmann et Adrien, Direction régionale de santé publique de Montréal, 2019.

Ce bref profil sociodémographique de la population visée par la présente évaluation donne un premier aperçu de certaines particularités linguistiques et culturelles pouvant influencer l'accès et l'utilisation de services de santé mentale de proximité sur les RTS du CEMTL et du CCOMTL.

1.4 Barrières à l'accès aux soins et aux services en santé mentale

Les barrières à l'accès aux soins et services en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle ont été bien documentées. Ainsi, au Canada, une recension de divers travaux de recherche sur ce sujet a été réalisée par la Commission de la santé mentale du Canada (2016). Six obstacles potentiels au recours à ces soins et services ont été identifiés à partir des résultats de ces travaux (adapté de la [Commission de la santé mentale du Canada](#), 2016) :

1. L'accessibilité des services (problème d'incompatibilité culturelle des services, longues listes d'attente, procédures compliquées, heures restrictives, etc.);
2. Les interactions entre le fournisseur de services, les patients et les usagers;
3. Les difficultés circonstanciellées (p. ex., les défis comme les transports, les coûts imprévus, la météo, l'isolement et les exigences concurrentes);
4. La langue;
5. La stigmatisation (la honte résultant de la volonté de dissimuler son état de santé, besoin de confidentialité en vue d'éviter le jugement des autres membres de la communauté);
6. La peur (les expériences négatives vécues avec différents services minent la confiance).

Selon les auteur·trice·s du [Résumé du rapport du Groupe de travail sur la diversité](#), en contrepartie de ces obstacles : « [...] la littératie, la confiance dans les services, une compétence culturelle et une promotion ciblée de la santé » constituent autant de facteurs qui favoriseraient l'accès aux soins et aux services en santé mentale. Ils et elles affirment cependant que si « [l]es besoins des immigrants et des réfugiés nouvellement arrivés ont été pris en compte dans une certaine proportion [...] cela n'a pas entraîné une amélioration marquée des services. De la même façon, les besoins en santé mentale des groupes ethnoculturels ou racialisés n'ont pas été pris en compte. » (Commission de la santé mentale du Canada, 2009, p. 5).

Dans le but de lever ces obstacles, l'identification de stratégies d'adaptation culturelle figure parmi les priorités organisationnelles du CEMTL et du CCOMTL. Elles suivent en cela les priorités gouvernementales au sujet de l'accès aux services de santé et la reconnaissance de la diversité ethnoculturelle. Ces priorités figurent dans les récentes politiques en matière de santé mentale élaborées par les gouvernements provinciaux et fédéraux. Outre l'accès à ce type de services, un enjeu important consiste à assurer la continuité des soins et des services pour ces personnes qui utilisent les services de santé mentale et qui poursuivent les traitements qui leurs sont offerts afin d'améliorer leur état de santé mentale.

2. Question décisionnelle, objectif et questions d'évaluation

La formulation initiale de la demande d'évaluation est la suivante :

Quelles sont les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle ?

Les principales dimensions du problème qui accompagne cette question décisionnelle formulée par la personne à l'origine de cette demande sont les suivantes :

- ▶ **Dimension sociale :** prise en compte des spécificités ethnoculturelles (langue, statut social, valeurs, normes) des populations visées par l'adaptation culturelle des soins et services de proximité en santé mentale;
- ▶ **Dimension organisationnelle :** les impacts des stratégies d'adaptation culturelle sur l'offre et la programmation des soins et services de proximité en santé mentale ;
- ▶ **Dimension professionnelle :** les changements apportés aux pratiques d'intervention et aux compétences (inter)culturelles du personnel.

L'objectif de cette évaluation est de proposer des recommandations sur des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle de services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle résidant sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL. Le but est de faciliter l'accès à ces services, de favoriser leur utilisation et l'engagement de ces personnes dans les soins et services advenant la mise en œuvre des recommandations proposées.

Afin d'atteindre l'objectif fixé, deux questions d'évaluation ont été formulées par l'équipe projet :

Question 1. Quelles sont les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle qui facilitent l'**accès** aux soins et aux services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle ?

Question 2. Quelles sont les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle qui facilitent l'**utilisation** et favorisent l'**engagement** des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins et services de proximité en santé mentale ?

3. Modèle logique

La [figure 1](#) illustre le modèle logique qui permet d'observer les relations entre les différentes composantes de cette évaluation.

Tout d'abord, l'objectif général de cette évaluation est repris : il s'agit de proposer des recommandations en vue de soutenir la prise de décision visant à implanter des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle afin de faciliter l'accès aux services de proximité en santé mentale, leur utilisation et l'engagement dans les soins et services par les personnes de la diversité ethnoculturelle résidant sur les territoires de services du CEMTL et du CCOMTL.

Ensuite, ce sont les personnes de la diversité ethnoculturelle qui représentent la population visée par cette évaluation, ainsi que le personnel des CIUSSS et organismes communautaires concernés. Dans le cas des personnes de la diversité ethnoculturelle, elles se heurtent à divers obstacles qui limitent leur accès aux soins et services de proximité en santé mentale, à leur utilisation et à leur engagement dans ceux-ci. Considérant les divers types de ressources dont disposent les organismes communautaires fréquentés par cette population et les services de proximité en santé mentale sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL, il s'agit d'identifier des stratégies organisationnelles qui faciliteraient l'accès aux soins et aux services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle et qui favoriseraient l'utilisation et l'engagement de ces personnes dans ces soins et services. Dans le cas du personnel des établissements de santé, l'implantation potentielle de stratégies d'adaptation culturelle au sein de la structure organisationnelle risque d'engendrer des changements majeurs au niveau de l'offre de services, de leur dispensation, et de la représentativité des membres de communautés ethnoculturelles au sein de ces établissements, une fois ceux-ci devenus « culturellement compétents ».

Sur le plan organisationnel, ces stratégies d'adaptation culturelle prennent forme à travers différentes activités et au moyen de différents outils, et ce, dans le but de former, d'informer et d'intervenir adéquatement auprès de la population ciblée. Les effets à court, à moyen et à long terme visent l'amélioration de l'état de santé des personnes de la diversité ethnoculturelle ainsi que l'amélioration des soins et services de proximité en santé mentale offerts à celles-ci une fois les stratégies recommandées implantées. Enfin, certaines caractéristiques sociodémographiques de la population ciblée par l'offre de services de proximité en santé mentale de l'un ou l'autre des deux CIUSSS concernés, ainsi que certaines politiques gouvernementales, représentent autant de facteurs externes susceptibles d'influencer la prise de décision visant l'implantation de telles stratégies d'adaptation culturelle de soins et services dans ces organisations de santé.

Figure 1 - Modèle logique

Objectif: Proposer des recommandations sur des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle qui faciliteraient l'accès aux services de santé mentale de proximité, leur utilisation et l'engagement dans les soins et services par les personnes de la diversité ethnoculturelle qui résident sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL			
Population visée	Personnes de la diversité ethnoculturelle (12-65 ans) Personnel des CIUSSS et des organismes communautaires		
Situation problématique	Obstacles à l'accès aux soins et services de proximité en santé mentale		
Intrants/Ressources	Organismes communautaires et CIUSSS : • Matérielles • Humaines • Financières • Informationnelles		
Interventions	Stratégies organisationnelles qui facilitent l'accès, l'utilisation et l'engagement à l'égard des soins et services de proximité en santé mentale		
Extrants/Outils	• Campagnes de sensibilisation • Ateliers d'information • Orientation	• Communication • Formations • Structure organisationnelle	• Outils • Interventions thérapeutiques
Effets à court terme	↑ Accès aux services ↑ Utilisation des services ↑ Satisfaction des usagers Qualité des services améliorée Engagement dans les services renforcé		
Effets à moyen terme	Meilleure continuité des soins et services (trajectoire) ↑ Compétence culturelle des organisations		
Effets à long terme	Amélioration de l'état de santé mentale des personnes de la diversité ethnoculturelle Meilleur continuum de soins et de services pour les personnes de la diversité ethnoculturelle		
Facteur externes			
Caractéristiques socio-démographiques de la population cible		Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : accès aux soins et aux services	

4. Méthode

Cette évaluation est basée sur des données scientifiques et sur d'autres types de données issues de la littérature grise, ainsi que sur des données contextuelles et des données expérientielles obtenues auprès de diverses parties prenantes.

4.1 Sources des données

4.1.1 Revue de la littérature

Une revue intégrative systématique a été réalisée pour cette évaluation. Il s'agit :

[du] « type le plus large parmi les méthodes de revue de recherche permettant l'inclusion simultanée de recherches expérimentales et non expérimentales afin de comprendre en profondeur un phénomène préoccupant. Les revues intégratives peuvent aussi bien combiner des données issues de la littérature théorique que de la littérature empirique. De plus, les revues intégratives intègrent une large gamme de finalités : définir des concepts, passer en revue des théories, examiner des preuves et analyser des problèmes méthodologiques d'un sujet particulier » (Broome, 1993 cité dans Whitemore et Knafl, 2005, p. 547-548, trad. libre).

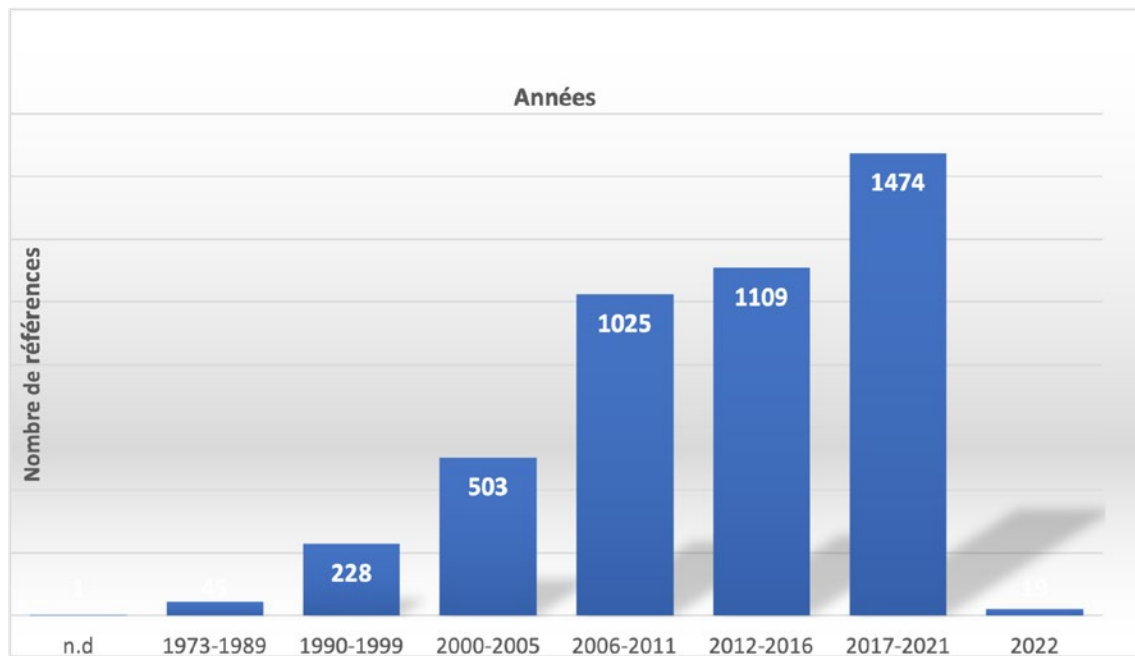
Ce type de revue de la littérature permet d'inclure non seulement des études empiriques, mais également des études conceptuelles et des cadres d'analyse, ce qui est pertinent dans le cadre de cette évaluation.

4.1.1.1 Stratégies de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été effectuée en collaboration avec deux bibliothécaires en provenance du CEMTL et du CCOMTL afin de repérer les publications scientifiques en lien avec les questions d'évaluation. La recherche documentaire dans les banques de données bibliographiques indexées MEDLINE (PubMed), PsycInfo, EMBASE et CINHALL a été effectuée le 22 novembre 2022 (voir annexe A). Les principaux concepts (autant en langue anglaise qu'en langue française) utilisés par les bibliothécaires, ainsi que diverses combinaisons de ceux-ci et leurs déclinaisons, sont « adaptation culturelle » (cultural/cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural adaptation(s)), « services de proximité en santé mentale » (primary health care, mental health associations, mental health organizations, primary mental health...), « compétence culturelle » (cultural sensitivity, cultural responsiveness, cultural proficiency...) et divers types d'immigrant-e-s (emigrant, immigrant, migrant, refugee, asylum seeker, ethnocultural group, racial minority...).

Les membres de l'équipe projet du présent rapport se sont chargés de la recherche documentaire dans la littérature grise entre le 2 et le 27 octobre 2022 en utilisant les principaux concepts mentionnés précédemment dans divers moteurs de recherche, sur différents sites d'agences d'évaluation en ETMI, sur celui de l'Organisation mondiale de la santé et sur certains sites Internet d'associations et d'organismes dans les domaines de la santé mentale, de l'immigration et de l'interculturel (voir annexe B). La période couverte est de 20 ans, soit 2002 à 2022. Ce choix s'explique en raison du nombre plus élevé de publications parues sur le sujet depuis 2000 tel qu'illustré sur la figure 2.

Figure 2 - Nombre de références recensées/années (Recherche exploratoire, février 2022)



4.1.1.2 Sélection des publications

Les documents issus de la littérature scientifique et de la littérature grise ont fait l'objet d'un processus de sélection en différentes étapes et menées en parallèle par l'auteur et l'autrice du présent rapport. Une fois regroupé l'ensemble des références repérées dans les banques de données bibliographiques indexées, dans la littérature grise et dans les bibliographies des articles retenus, et suivant l'exclusion des doublons, ces personnes ont lu les titres et les résumés des références. Une deuxième étape de sélection basée sur les critères d'inclusion et d'exclusion (Tableau 7) a été effectuée de façon indépendante par ces mêmes personnes. Un consensus entre elles fut rapidement établi, après l'intervention de la collaboratrice principale à cette évaluation, lors d'un désaccord sur trois références. La sélection finale des documents admissibles, après leur lecture complète, a été réalisée d'un commun accord entre l'auteur et l'autrice du présent rapport. Les concepts d'accès, d'utilisation et d'engagement dans les soins et les services ont été repérés par ces personnes à même les références retenues.

Les critères de sélection de la littérature sont basés sur les critères PISCO⁵ et ceux relatifs au type de publication, à la langue, au pays de provenance et à la période couverte.

⁵ L'outil mnémotechnique **PISCO** (Population, Intervention, Setting/Comparison, Outcome) est un dérivé de l'outil PICOTS souvent utilisé pour définir les critères d'inclusion/exclusion des études quantitatives sur l'efficacité d'une intervention. L'outil PISCO est davantage utilisé pour les études qualitatives ou les études avec un devis mixte (quantitatif-qualitatif) (Beata, Massarella et Minakshi, 2016).

Tableau 7 - Critères d'inclusion/exclusion des publications (PISCO et autres)

Critères	Inclusion	Exclusion
P (Population)	- Personnes de la diversité ethnoculturelle : minorités visibles, personnes racialisées, demandeur·deuse·s d'asile, réfugié·e·s, immigrant·e·s - Âgées de 12 à 65 ans - Ayant besoin d'une consultation, d'un traitement, ou d'un suivi pour un problème de santé mentale - Personnel des CIUSSS et des organismes communautaires	- Populations autres que les personnes de la diversité ethnoculturelle - Populations autochtones - Personnes de la diversité ethnoculturelle âgées de moins de 12 ans et celles âgées de plus de 65 ans (clientèle en gériopsychiatrie) - Personnes de la diversité ethnoculturelle n'ayant pas besoin de consultation, de traitement ou d'un suivi pour un problème de santé mentale
I (Intervention)	Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle favorisant l'accès, l'utilisation et l'engagement dans les soins et les services en santé mentale	- Interventions/Programmes /Traitements spécifiques (p. ex., la psychothérapie) - Évaluation de la sensibilité culturelle du personnel des établissements - Sécurité culturelle (peuples autochtones)
S/C (Site/Comparaison)	<u>Site</u> - Établissements offrant des soins et des services de proximité en santé mentale : centres locaux de services communautaires (CLSC), guichet d'accès en santé mentale (GASMA), cliniques médicales, groupes de médecine familiale (GMF), urgence psychiatrique - Services communautaires (secteurs : immigration, santé, socioculturel) - Lieux de culte <u>Comparaison</u> - Services de proximité non culturellement adaptés dans le secteur de la santé mentale	<u>Site</u> Établissements spécialisés en santé mentale (hôpitaux)

Critères	Inclusion	Exclusion
O (Outcomes) (Résultats d'intérêt)	Niveau structurel • Disponibilité des soins et services • Soutien aux usagers (langue maternelle, éléments culturels...) • Accès aux services et rétention des usagers • Continuité des soins (trajectoire, suivis...) • Embauche et formation du personnel • Promotion de soins culturellement adaptés • Espaces physiques adaptés Niveau clinique : • Changements dans les rapports entre le personnel des services de proximité et les usagers de ces services (et leurs familles) Niveau individuel (usager·ère·s) : • Utilisation des services (selon le type de service, les sous-catégories de population) • Engagement : adhésion ou non au traitement (implication vs abandon) • Impacts sur la santé, le bien-être • Satisfaction/Insatisfaction à l'égard des services offerts ou reçus	Barrières à l'accès aux soins et aux services de proximité en santé mentale
Type de publication	• Revues systématiques (avec ou sans méta-analyses) • Revues de la littérature • Guides de pratique • Rapports d'évaluation • Études primaires (non incluses dans les revues de la littérature) • Rapports gouvernementaux ou d'organisations savantes (lignes directrices, énoncés de principes)	• Livres et chapitres de livres • Conférences • Actes de congrès • Mémoires de maîtrise/Thèses de doctorat • Lettres à l'éditeur • Notes • Éditoriaux • Opinions d'experts • Protocoles d'études
Langue	Français, anglais	
Pays	Tous	
Période	2002-2022	

4.1.1.3 Évaluation de la qualité des données

L'évaluation de la qualité méthodologique des publications retenues de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée indépendamment par l'auteur et l'autrice de ce rapport à l'aide de différentes grilles d'évaluation adaptées aux devis de recherche utilisés dans ces publications (voir l'annexe C). La validation de cette démarche a été réalisée sur la base d'une concordance des résultats (fidélité interjuges) entre l'auteur et l'autrice du rapport sur un échantillon équivalent à 25 % des publications retenues. Advenant un écart dans la cotation de l'évaluation respective de cet échantillon de publications, la révision des différences de cotation observée a été discutée jusqu'à l'établissement d'un consensus entre l'auteur et l'autrice de ce rapport. Enfin, d'un commun accord entre eux, il a été décidé d'exclure de la sélection finale les publications de faible qualité sur le plan méthodologique.

4.1.2 Données contextuelles et données expérientielles

La collecte de divers types de données permet de mieux situer l'objet d'évaluation dans son contexte spécifique. À cet égard, les recommandations présentées dans ce rapport s'appuient non seulement sur les résultats de données scientifiques et sur d'autres types de données issues de la littérature grise, mais également sur des données contextuelles et des données expérientielles obtenues auprès de parties prenantes à cette évaluation⁶.

Basées sur des guides d'entretien adaptés aux répondant·e·s (voir les annexes D et E) - selon qu'il s'agit d'informateur·trice·s clés⁷ ou de participant·e·s aux groupes de discussion -, les informations recueillies font référence aux cinq thèmes issus de la recension de la littérature qui a précédé cette étape. Nous y reviendrons un peu plus loin. À ces informations s'ajoutent celles sur les caractéristiques de la population cible, les services communautaires utilisés par celle-ci, ainsi que les services de proximité en santé mentale où se déploieront éventuellement les stratégies d'adaptation culturelle recommandées à la fin du présent rapport.

4.1.2.1 Données contextuelles

Les données contextuelles ont été recueillies auprès : 1) des membres du comité de suivi de la présente évaluation lors des rencontres réalisées avec eux et, 2) auprès d'informatrices clés dans le cadre d'entretiens menés avec ces personnes.

Un comité de suivi⁸ a effectivement été formé pour la réalisation de cette évaluation. Ce comité était composé de douze personnes représentant, en nombre équitable, les deux territoires de services concernés dans cette évaluation, soit les territoires du CEMTL (six personnes) et du CCOMTL (six personnes). Le contenu des échanges entre les membres de ce comité qui se sont rencontrés pendant 90 minutes, à trois reprises et en mode virtuel, au cours des années 2022 et 2023, a été enregistré à l'aide du logiciel Microsoft Teams. Un résumé du contenu de ces échanges a été remis aux participant·e·s pour validation. Le mandat de ce comité consistait à rétroagir à différentes étapes de l'évaluation, par l'entremise d'un partage d'informations, d'expertises ou de points de vue autour des questions d'évaluation sur les informations recueillies en cours de projet.

⁶ À noter que bien que ce rapport d'évaluation témoigne de la contribution des membres de ces parties prenantes, il n'engage nullement leur responsabilité.

⁷ Dans le cadre de cette évaluation, les informateur·trice·s clés sont des personnes qui contribuent à celle-ci à titre d'expert·e·s sur la base de leurs expériences, connaissances et compétences du sujet traité. Leur rôle premier est d'informer l'équipe projet des éléments de contexte du milieu d'intervention ciblé.

⁸ Les membres de ce comité sont identifiés au début de ce document, dans la section des contributeur·trice·s.

Les membres de ce comité ont été sélectionnés en fonction de leur expertise principalement dans le domaine concerné par ce projet d'évaluation, ou de leur pouvoir d'action ou de leur influence sur l'adoption, l'implantation et le suivi des recommandations qui émergent de l'évaluation. La disponibilité, la complémentarité des savoirs et des expertises, et la crédibilité des membres de ce comité sur le sujet traité (soit sur le plan scientifique, soit en raison de leurs connaissances, de leurs expériences cliniques ou de gestion, ou comme usager des services) représentent autant de critères de leur sélection.

Des informatrices clés ont également participé aux entretiens susmentionnés pour cette évaluation. Au total, sept informatrices clés ont été rencontrées dans le cadre d'un :

- ▶ Entretien individuel : une informatrice clé d'un organisme communautaire qui offre du soutien aux jeunes ayant un problème de santé mentale;
- ▶ Entretien collectif⁹ : deux intervenantes d'une clinique spécialisée;
- ▶ Groupe de discussion : quatre personnes travaillant dans une clinique spécialisée.

L'objectif des entretiens et des groupes de discussion tenus auprès de ces personnes consistait à obtenir des informations sur la manière dont leur organisation respective intégrait des stratégies d'adaptation culturelle pour offrir des services de santé (mentale ou physique) soit à de jeunes personnes ou à des personnes adultes de la diversité ethnoculturelle. Les personnes interrogées l'ont fait sur une base volontaire. Pour ces informateur-trice-s clés, l'offre de services de leur organisme ou de leur clinique s'étend parfois au-delà des territoires du CEMTL et du CCOMTL.

4.1.2.2 Données expérientielles

Des données expérientielles ont été recueillies auprès de membres du personnel (23 personnes) d'organismes communautaires localisés sur les territoires de services du CCOMTL et du CEMTL, ou en provenance d'établissements de santé (p. ex., CLSC). Ce personnel est composé d'intervenant-e-s, de coordonnateur-trice-s et de gestionnaires interrogés-e-s en raison de leur expérience vécue de l'intervention auprès des personnes de la diversité ethnoculturelle, ou de la gestion du travail des « intervenant-e-s terrain ». À cette fin, quatre groupes de discussion ont été tenus, dont deux en présentiel et deux en mode virtuel.

Le choix du groupe de discussion s'inscrit dans une démarche d'évaluation sur le terrain qui s'appuie ici sur une collecte de données primaires au sujet des pratiques réelles déployées par ces acteurs-trices. Les participant-e-s ont été interrogé-e-s à une seule reprise sur le territoire respectif d'un des deux CIUSSS (CEMTL, CCOMTL) afin de faciliter leur déplacement, sauf dans le cas des rencontres virtuelles qui ont eu lieu à l'aide du logiciel *Microsoft Teams*. Opter pour la technique du groupe de discussion plutôt que pour des entretiens individuels a comme avantage de rassembler un plus grand nombre de personnes en un court laps de temps, surtout en période estivale souvent propice aux vacances du personnel des organisations ciblées. De plus, cette technique permet aux participant-e-s à un groupe de discussion d'apporter des informations complémentaires, en appui ou en désaccord avec les propos de leurs collègues.

⁹ Pour une définition de l'entretien collectif, voir le [glossaire](#).

Plus précisément, l'objectif des groupes de discussion était d'obtenir des informations sur les stratégies utilisées par les participant·e·s pour faire face aux problèmes rencontrés par les personnes de la diversité ethnoculturelle concernant l'accès, l'utilisation et l'engagement dans les soins et les services en santé mentale. Ces discussions devaient également permettre d'en apprendre davantage sur les pratiques mises en œuvre par ces participant·e·s, selon leur port d'attache respectif, pour répondre aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle. Encore ici, les participant·e·s aux groupes de discussion l'ont fait sur une base volontaire. La sélection de ces personnes visait une diversité établie selon leur fonction respective dans leur organisation, du type d'organisation (organisme communautaire, établissement de santé) et de sa localisation sur le territoire desservi par le CEMTL ou par le CCOMTL.

Tableau 8 - Type d'entretien et nombre de participant·e·s selon le territoire de services du CIUSSS

Territoire des établissements	Type d'entretien/Nombre de participant·e·s/ (code d'identification)
Données contextuelles	
Est-de-l'Île-de-Montréal	Entretien collectif en présentiel /4 personnes (IC1)
Nord-de-l'Île-de-Montréal	Entretien collectif en présentiel /2 personnes (IC2)
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Entretien individuel en virtuel (Zoom) /1 personne (IC3)
Données expérientielles	
Est-de-l'Île-de-Montréal	Groupe de discussion en présentiel /4 personnes (GD1, CEMTL)
Est-de-l'Île-de-Montréal	Groupe de discussion en mode virtuel (Microsoft Teams) /7 personnes (GD2, CEMTL)
Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Groupe de discussion en présentiel /8 personnes (GD1, CCOMTL)
Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Groupe de discussion en mode virtuel (Microsoft Teams) /4 personnes (GD2, CCOMTL)

En somme, précisons que les trente participant·e·s aux entretiens (individuel, collectif, groupe de discussion) qui figurent sur le tableau 8 sont des informateur·trice·s clés et des membres du personnel d'organismes communautaires ou d'établissements de santé localisés sur les territoires de services du CCOMTL et du CEMTL, ou sur le territoire de services d'un autre CIUSSS (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal) à Montréal. Ces personnes occupent des fonctions variées. Elles agissent à titre d'intervenant·e·s, de travailleur·euse·s sociaux, de psychologues, de psychothérapeute, d'infirmier·ère·s, d'interprète, de médecin, de directeur·trice et de codirecteur·trice, de sexologue, de spécialiste en activités cliniques, de conseiller en orientation et d'agente de relations humaines. En cela, la diversité de leurs perspectives constitue un atout, car elle permet d'aborder les principaux volets de cette évaluation, soit l'accès, l'utilisation et l'engagement dans les soins et les services de proximité en santé mentale par les personnes de la diversité ethnoculturelle, sous différents angles.

Enfin, la tentative de joindre des usager·ère·s de services, parmi les personnes de la diversité ethnoculturelle, s'est avérée vaine. La période estivale pendant laquelle les entretiens ont été menés ainsi que le contexte post-pandémique de la COVID-19 n'y sont sans doute pas étrangers. Pour pallier cette situation, des questions sur l'expérience vécue, dans l'exercice de leur profession, avec les personnes de la diversité ethnoculturelle ont été posées aux personnes interrogées. Aussi, une patiente partenaire, membre du comité de suivi et du comité consultatif, a pu participer à cette évaluation.

4.2 Considérations éthiques

Étant donné que la présente ETMI est une activité d'évaluation servant uniquement à des fins d'évaluation, elle diffère de la recherche et, à ce titre, ne nécessite pas de certificat éthique sur le plan de la procédure comme le souligne ce passage tiré de l'[Énoncé de politique des Trois Conseils](#) :

« Les paragraphes suivants distinguent la recherche exigeant une évaluation par un CER [comité éthique de la recherche] qui ne sont pas de la recherche, mais qui font généralement appel à des méthodes et des techniques semblables à celles utilisées en recherche. Ces activités ne sont pas considérées comme étant de la « recherche » au sens de la Politique et elles n'exigent pas d'évaluation par un CER. ». (Énoncé de politique des trois Conseils, 2018, p. 19).

Par ailleurs, les membres du comité de suivi et les personnes interrogées dans le cadre de cette évaluation se sont engagés à respecter la confidentialité des informations reçues et du contenu des discussions qui ont lieu lors des rencontres en présentiel ou à distance. Les membres du comité de suivi ont pris connaissance et signé un formulaire de confidentialité à cette fin ([voir annexe F](#)), ainsi qu'un formulaire de divulgation de conflit d'intérêts potentiels ([voir annexe G](#)). Pour leur part, les personnes interrogées dans le cadre d'entretiens (entretien individuel, entretien collectif, groupe de discussion) ont également donné leur accord verbal après avoir été informées de la nature de leur participation ([voir annexe H](#)). Leur formulaire de consentement signé leur a été retourné par courriel.

Seuls les membres de l'équipe projet ETMI ont accès aux retranscriptions des informations recueillies (et enregistrées) lors des échanges avec les parties prenantes. Ces informations ont été consignées sur les ordinateurs des membres de l'équipe projet ETMI qui en possèdent l'accès exclusif.

4.3 Extraction des données

Les caractéristiques des publications retenues ainsi que les informations relatives aux critères PISCO ont été extraites des publications. Les informations issues des rencontres et des entretiens avec les parties prenantes ont également été extraites. Une grille d'extraction des données a été élaborée à cette fin ([voir l'annexe I](#)). Les éléments inclus dans cette grille sont les suivants :

1. Référence : premier auteur, date de publication, pays (ville);
2. Devis de recherche : objectif(s), type de devis, approches, méthodes de collecte/instruments de mesure des données;
3. Population : échantillon (n) (sélection, assignation, attrition); caractéristiques (origine ethnique, âge, problème de santé, condition socioéconomique, etc.)
4. Intervention : stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle;
5. Site d'intervention (type d'organisation)/ Comparaison (absence de stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle);

6. Résultats : Identification de stratégies d'adaptation culturelle sur l'accès aux soins et services (Q1), sur leur utilisation (Q2) et sur l'engagement des usagers dans les soins et les services (Q2), sur le plan structurel, clinique et individuel.
7. Qualité de l'étude : outil d'évaluation et cotation (autres : forces/limites de l'étude, biais).

Cette grille d'extraction a été conçue puis testée préalablement à son application, de façon indépendante, par l'auteur et l'autrice de ce rapport sur un échantillon de 10 % des publications retenues. La validation de cette grille a été réalisée selon la concordance des résultats obtenus entre ces personnes.

4.4 Synthèse et analyse des données

Pour chacune des deux questions d'évaluation, les principaux résultats d'intérêt, issus de l'extraction des données de la littérature scientifique, de la littérature grise ainsi que des rencontres et entretiens tenus avec les parties prenantes de cette évaluation, sont présentés sous la forme d'une synthèse narrative analytique. Cette démarche se justifie du fait de l'hétérogénéité des types de publications et de leurs résultats, mais aussi en raison des dimensions de l'objet d'étude (accès, utilisation et engagement des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins et les services en santé mentale) pour lesquelles les données recueillies sont, à quelques exceptions près, de nature qualitative et descriptive.

Pour ce qui est de l'analyse du contenu des publications, une recherche exploratoire de la littérature a permis, d'une part, d'identifier des publications portant sur des concepts associés à l'adaptation culturelle tels que la compétence culturelle, la sensibilité culturelle, l'humilité culturelle, etc. Par exemple, dans l'article de Healey et collab. (2017) plusieurs composantes de l'adaptation culturelle sont présentées sur un plan conceptuel. Parfois, les auteurs d'articles scientifiques proposent des cadres d'analyse incluant une série d'indicateurs associés à ces concepts et qu'ils situent à différents paliers d'une organisation offrant des services de santé soit : au niveau structurel, au niveau clinique et au niveau individuel. Dans plusieurs publications recensées, l'adaptation culturelle à ces différents niveaux organisationnels est considérée sous l'angle de la compétence culturelle. Par exemple, les articles de Cross et collab. (1989), de Siegel et collab. (2003) et ceux de Hernandez et collab. (2009) sont souvent mentionnés dans la littérature sur la compétence culturelle.

Dans un premier temps, l'examen des publications a donc permis d'identifier parmi ces indicateurs ou composantes ceux ou celles qui pouvaient être associé·e·s à des stratégies d'adaptation culturelle envisagées sous l'angle de l'accès aux soins et services, de leur utilisation et de l'engagement des usager·ère·s à leur égard, donc en conformité avec les questions d'évaluation. Dans un deuxième temps, les résultats de ces publications ont été comparés de manière à en dégager des thèmes possédant un certain niveau de généralité et communément partagés d'une publication à l'autre. À chacun de ces thèmes sont associés des sous-thèmes en lien avec les indicateurs de résultats présentés précédemment dans la grille d'extraction. Suivant un processus itératif (allers-retours) lors de l'analyse du contenu, cette fois, de l'ensemble des publications retenues pour analyse, d'autres sous-thèmes ont émergé; ils ont été ajoutés aux précédents. En bout de piste, cette démarche a permis d'élaborer un classement en cinq thèmes des stratégies d'adaptation culturelle.

Ce classement thématique a été utilisé pour la collecte de données contextuelles et expérientielles auprès des participant·e·s à des entretiens collectifs ou à des groupes de discussion. Cette démarche a permis de confronter les résultats issus de la littérature avec la réalité de ces acteur·trice·s terrain. Le contenu des propos des informatrices clés et des participant·e·s aux entretiens collectifs et aux groupes de discussion

a été enregistré à l'aide d'un magnétophone numérique puis retranscrit intégralement par l'équipe projet. Une lecture approfondie (*verbatim*) des propos des participant-e-s a ensuite été réalisée par cette équipe afin d'identifier les thèmes qui s'en dégagent en lien avec les questions d'évaluation suivant l'étiquetage, la catégorisation et le codage du matériau empirique (Lejeune, 2014; Rondeau et Paillé, 2016).

Bien que l'objectif premier de cette évaluation ne porte pas sur l'efficacité des stratégies organisationnelles identifiées, les résultats à ce sujet ont été considérés dans l'analyse. L'efficacité de ces stratégies a également servi de critère complémentaire à ceux permettant d'évaluer la force des recommandations présentées plus loin dans ce document.

Enfin, la triangulation des trois types de données recueillies (scientifiques, contextuelles, expérientielles) a permis d'établir une correspondance entre les points de vue des parties prenantes à cette évaluation et les résultats des publications retenues dans la littérature scientifique et dans la littérature grise sur les stratégies d'adaptation culturelle des soins et des services de proximité en santé mentale.

4.5 Appréciation de l'ensemble de la preuve

L'appréciation de la qualité de l'ensemble de la preuve n'a pu être établie pour la formulation des recommandations. Cela s'explique premièrement en raison de l'objectif de cette évaluation qui consiste à identifier des stratégies d'adaptation culturelle au niveau organisationnel, et non pas d'en évaluer l'efficacité. L'efficacité n'apparaît d'ailleurs que dans une partie des publications retenues et, même lorsque c'est le cas, elle est rarement mesurée à l'aide d'outils standardisés¹⁰. Deuxièmement, pour répondre à l'objectif d'identifier des stratégies d'adaptation culturelle au niveau organisationnel, le choix de procéder à une revue intégrative qui inclut des études empiriques et des études conceptuelles limite également une démarche d'appréciation de la preuve scientifique. En effet, les devis de recherche inclus dans la présente évaluation sont presque tous de nature qualitative. Cette particularité limite le recours à des outils comme GRADE¹¹ pour proposer une hiérarchisation de la preuve ancrée sur des données scientifiques, surtout celles de nature quantitative.

4.6 Validation scientifique

L'appréciation de la démarche méthodologique de cette évaluation a été réalisée par le responsable scientifique de l'UETMISM du CEMTL qui a, au préalable, révisé le protocole d'évaluation.

De plus, deux expertes indépendantes ont aussi été consultées en raison de leur expertise scientifique et des connaissances qu'ils possèdent sur l'objet d'évaluation, ou encore sur l'ETMI. Ces personnes ont émis des commentaires sur le rapport préliminaire de ce projet d'évaluation. Elles se sont assurées de la justesse des analyses effectuées ainsi que de la pertinence de la démarche. La consultation de ces expertes a été effectuée au moyen d'échanges de courriels.

¹⁰ Parmi les études quantitatives retenues pour cette évaluation, seules celles menées par Ruglass et collab. (2014) et par Garner et Kunkel (2020) présentent des résultats obtenus à partir d'échelles de mesure standardisées.

¹¹ GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation): « Cette approche systématique vise à classer les données probantes selon les niveaux de qualité élevée, moyenne, faible ou très faible. La qualité des données probantes est évaluée pour chaque résultat de chaque étude (Guyatt et al. 2011). » <https://www.boitedecision.ulaval.ca/grade/>

4.7 Recommandations : élaboration et évaluation de la force

La formulation initiale de recommandations par l'équipe projet a été réalisée à partir de la synthèse des résultats tirés des données scientifiques, contextuelles et expérientielles recueillies dans la littérature ainsi qu'auprès des membres du comité de suivi et des participant-e-s aux entretiens.

Par ailleurs, un comité consultatif regroupant des personnes en provenance de diverses organisations (organismes communautaires, établissements de santé, patiente partenaire) a été formé par l'équipe projet. Les membres de ce comité ont participé, à titre individuel (par ex., une usagère des services) ou comme représentant-e-s d'un organisme communautaire ou d'un établissement de santé auquel ils sont affiliés, à une rencontre visant à se prononcer sur les recommandations initiales formulées par les membres de l'équipe projet. La méthode « boule de neige » a été utilisée pour recruter les membres de ce comité consultatif, dont un certain nombre étaient déjà connues soit par les membres de l'équipe projet, par des coordonnateur-trice-s ou des gestionnaires du CEMTL ou du CCOMTL, ou encore par les membres du comité de suivi qui ont transmis les coordonnées de ces personnes à l'équipe projet. Ce comité consultatif est un comité *ad hoc*, puisque constitué et sollicité pour participer à une activité unique, qui se déroulait sur une seule journée, selon un mode hybride simultané : en mode virtuel et en présentiel. La participation des membres du comité consultatif à cette rencontre s'est faite sur une base volontaire. La liste des participant-e-s au comité consultatif est présentée au début de ce document, dans la section *Contributeurs et contributrices* à ce rapport d'évaluation.

Sans viser pour autant une représentativité de ceux-ci sur le plan professionnel, les membres de ce comité ont été sélectionnés en fonction de leur disponibilité, de leurs expertises et de leurs savoirs dans le domaine de la santé mentale. Leur influence sur l'adoption et l'implantation des recommandations sur lesquelles ils ont été appelés à se prononcer a également été considérée afin de contribuer à l'acceptabilité du produit issu de cette évaluation. Enfin, une répartition à peu près équivalente entre les participant-e-s au niveau de la localisation de leurs lieux de travail sur le territoire du CEMTL et du CCOMTL était recherchée par l'équipe projet.

Lors de la journée consacrée à la délibération sur ces recommandations, après une brève présentation du projet d'évaluation par l'équipe projet, le fonctionnement et le déroulement de l'atelier délibératif ont été présentés aux participant-e-s.

Ateliers délibératifs

- ▶ font partie des mécanismes interactionnels d'application des connaissances;
- ▶ sont caractérisés par :
 - l'analyse critique (examen) des données de recherche;
 - la présence de plusieurs « logiques », perspectives, expériences et connaissances des utilisateurs de connaissances;
- ▶ aboutissent à une entente (consensus ou non), [au] moyen de la délibération.

J. M. Dogba (2018)

La prise de note des échanges entre les participant·e·s au cours de cet atelier a été réalisée par des agent·e·s de planification, de programmation et de recherche en provenance du CEMTL et du CCOMTL. Ces personnes avaient été préalablement recrutées et formées pour l'occasion par l'équipe projet. Les recommandations proposées ont été reformulées par le comité consultatif au cours de cet atelier. Les membres de ce comité ont également proposé des conditions d'implantation de celles-ci.

Au total, 23 personnes ont participé à l'atelier délibératif: 12 personnes l'ont fait en personne et 11 personnes ont participé à distance à l'aide du logiciel *Zoom Pro*. Quelques jours avant la rencontre, les participant·e·s se sont vu·e·s remettre par l'équipe projet un document contenant les recommandations et, pour chacune d'elles, une courte synthèse des trois types de données (scientifiques, contextuelles, expérientielles) placées côte à côte de manière à pouvoir établir rapidement leur correspondance. C'est sur la base de ces informations que les participant·e·s, réparti·e·s aléatoirement, en quatre sous-groupes d'environ cinq personnes, devaient apprécier la force des 18 recommandations qui avaient été formulées par l'équipe projet. À cet effet, une grille d'appréciation de la force des recommandations basée sur quatre critères (incluant leurs définitions) leur avait été fournie et expliquée auparavant (voir le [tableau 9](#)).

Cette grille d'évaluation de la force des recommandations est le résultat d'une combinaison entre, d'une part, la grille d'appréciation de la force des recommandations élaborée par Bentayeb et collab. (2022) et, d'autre part, le modèle FAME¹² de l'Institut Joanna Briggs (Jordan et collab., 2019).

Le choix de combiner ces grilles visait une meilleure adaptation de celles-ci à l'objet d'évaluation et à permettre une appréciation plus précise de la force des recommandations. Du modèle FAME (JBI), les critères de faisabilité, de pertinence et de signification (*meaningfulness*) ont été adaptés. Ainsi, le critère de *faisabilité* (« pratique et viable ») est devenu une intervention « opérationnalisable et fiable dans un contexte organisationnel ». Le critère de *pertinence* est celui de la grille proposée par Bentayeb et collab. (2022) qui fait référence aux « ressources » plutôt qu'à une recommandation sur une « activité ou une intervention qui correspondent à une situation » (Jordan et collab., 2019). Le critère *signification* basée sur l'expérience vécue « par un individu ou un groupe » fait plutôt référence à « l'expérience vécue de l'offre actuelle de soins et de services de santé par ses dispensateurs revêt une importance significative pour les personnes de la diversité ethnoculturelle ». Le critère sur l'*efficacité* proposé par le modèle FAME a été conservé comme tel. Cependant, étant donné que l'efficacité n'est pas une dimension recherchée dans le cadre de cette évaluation, ce critère demeure optionnel.

Le résultat final de la force des recommandations est basé sur la grille de Bentayeb et collab. (2022) - à laquelle l'auteur et l'autrice du présent rapport ont ajouté le nombre de critères nécessaires (entre 0 et 4) - pour que le comité consultatif puisse statuer sur la force de ces recommandations dans les termes suivants: « recommandations sans réserve », « recommandations avec réserve », « non recommandée ».

¹² « Lors de la prise de décisions cliniques, les professionnels de la santé sont concernés par si leur approche est Faisable, Pertinente, Créée du sens et est Efficace. Nous définissons de ce fait les soins de santé fondés sur les résultats probants comme une prise de décision clinique qui considère la faisabilité, la pertinence, la création de sens et l'efficacité des pratiques de soins de santé. La faisabilité, la pertinence, la création de sens et l'efficacité des pratiques de soins de santé peuvent être renseignées par les meilleurs résultats probants disponibles, le contexte au sein duquel les soins sont donnés, le patient individuel, et le jugement professionnel et l'expertise du professionnel de la santé. » JBI- Best Santé. Le Modèle JBI des soins de santé fondés sur les résultats probants. <https://best-sante.ch/modele-jbi/>

Tableau 9 - Critères pour l'évaluation de la force des recommandations (définitions)

F Faisabilité	A Pertinence	M Signification	E Efficacité (optionnel)	Force de la Recommandation
• Oui • Non	• Appropriée à divers contextes organisationnels • Appropriée à un contexte organisationnel particulier • Inappropriée	• Oui • Non	• Oui • Non	• Sans réserve (3 ou 4 critères /4) • Avec réserve (2 critères /4) • Non recommandée (0 ou 1 critère /4)
Définitions				
Oui Forte probabilité que la recommandation soit opérationnalisable et viable dans un contexte organisationnel. Non Faible probabilité que la recommandation soit opérationnalisable et viable dans un contexte organisationnel.	Appropriée Forte probabilité que les ressources soient suffisantes pour opérationnaliser et mettre en œuvre la recommandation. Appropriée à un contexte restreint Forte probabilité que les ressources soient suffisantes pour opérationnaliser et mettre en œuvre la recommandation, mais uniquement dans un contexte restreint. Inappropriée Faible probabilité que les ressources soient suffisantes pour opérationnaliser et mettre en œuvre la recommandation.	Oui Forte probabilité que la recommandation basée sur l'expérience vécue de l'offre actuelle de soins et de services de santé par ses dispensateurs revêt une importance significative pour les personnes de la diversité ethnoculturelle. Non Faible probabilité que la recommandation basée sur l'expérience vécue de l'offre actuelle de soins et de services de santé par ses dispensateurs revêt une importance significative pour les personnes de la diversité ethnoculturelle.	Oui La mise en œuvre de cette recommandation peut s'appuyer sur un ou plusieurs effets bénéfiques repérés dans au moins une des études scientifiques sélectionnées. Non La mise en œuvre de cette recommandation ne peut s'appuyer sur un ou plusieurs effets bénéfiques repérés dans au moins une des études scientifiques sélectionnées.	Recommandation sans réserve Les données nous permettent de formuler la recommandation et de l'appliquer à tous les usagers et les contextes. Recommandation avec réserve Les données nous permettent de formuler la recommandation et de l'appliquer à des usagers et des contextes spécifiques. Certaines considérations doivent être prises en compte, ou certaines recherches complémentaires seraient pertinentes pour préciser les enjeux. Non recommandée Les données ne nous permettent pas de soutenir cette recommandation à l'heure actuelle.

5. Résultats de la recherche documentaire¹³

5.1 Caractéristiques des publications retenues

La [Figure 3](#) présente le diagramme de sélection des publications (modèle PRISMA, Moher et collab., 2009; Page et collab., 2021).

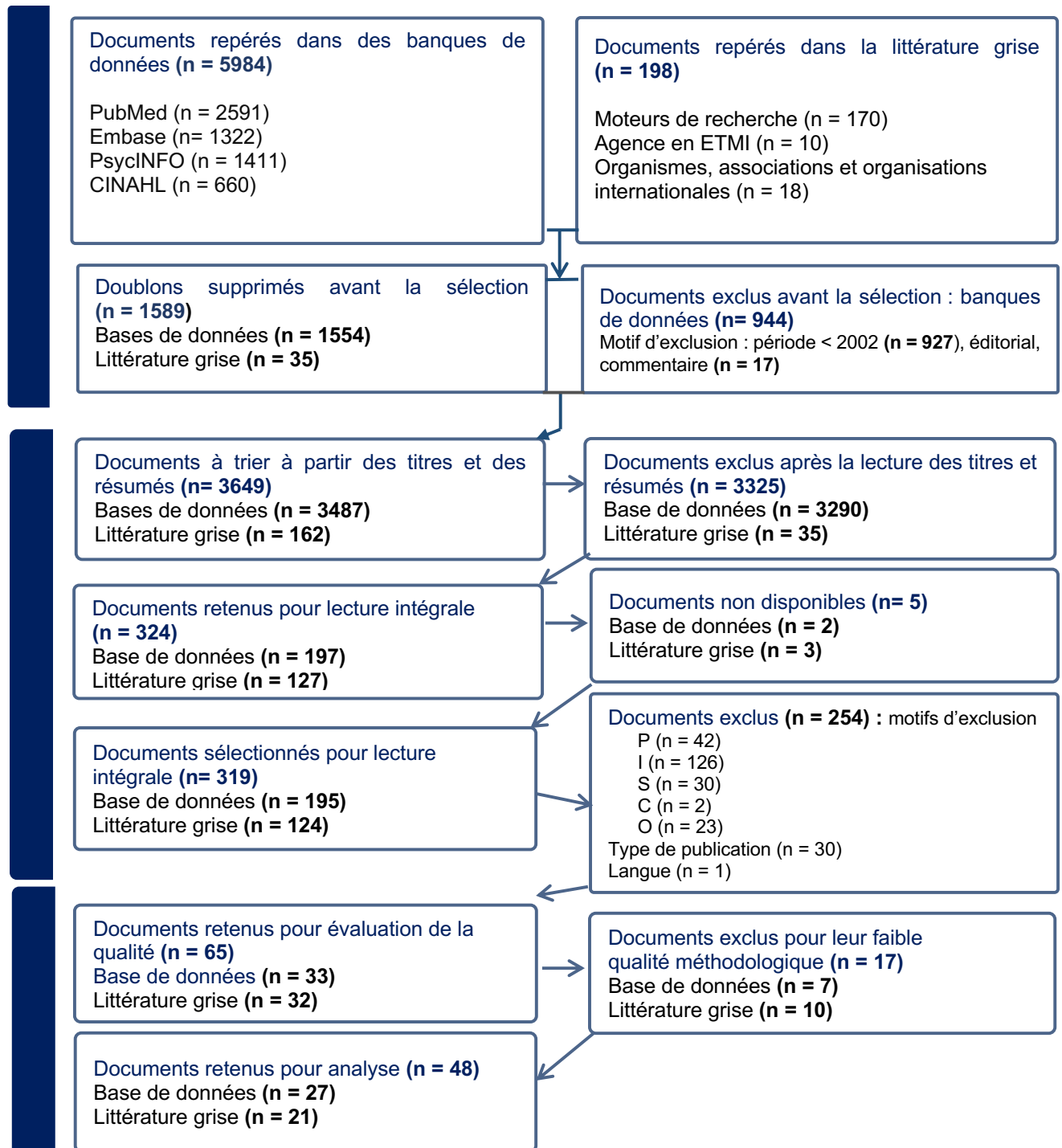
Aux 5984 références repérées initialement dans les banques de données bibliographiques indexées s'ajoutent 198 références issues de la littérature grise. Une fois les doublons exclus (n = 1589) ainsi que les références publiées avant 2002 (n = 927) ou encore celles basées sur un commentaire ou un éditorial (n = 17), ce sont 3649 références qui ont été conservées.

Après avoir procédé à la lecture des titres et des résumés de ces références, 3325 références ont été exclues. Des 324 références retenues à ce stade du processus, cinq documents n'ont pu être obtenus. Une lecture plus approfondie des 319 références conservées a été exercée de façon indépendante par l'auteur et l'autrice de ce rapport. Il en a résulté l'exclusion de 254 publications une fois appliqués les critères PISCO et les critères d'inclusion/exclusion liés au type de publication et à la langue (voir [Tableau 7](#)).

Finalement, des 65 publications retenues, 17 ont été exclues sur la base de leur faible qualité sur le plan méthodologique (voir [l'annexe J](#)). Ce sont donc 48 publications répondant aux critères de sélection qui constituent l'ensemble des publications analysées dans ce projet d'évaluation. Parmi ces publications, 24 proviennent des États-Unis, 15 du Canada, cinq du Royaume-Uni et deux du Danemark. La Grèce et l'Australie comptent chacune une publication.

¹³ Une mise à jour de la recherche documentaire a été réalisée en mai 2024 sous le titre « Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services de proximité en santé mentale. Mise à jour de la littérature (2023-2024) ». Ce document est disponible à l'adresse internet suivante : <https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/recherche-et-enseignement/iusmm/recherche-enseignement-et-evaluation-liusmm/uetmi-sm>.

Figure 3 - Diagramme de sélection des publications recensées entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2022 (modèle PRISMA, Moher et collab. 2009; Page et collab., 2021)



Sur le plan méthodologique, la moitié de ces publications (24) sont des études qualitatives ou descriptives alors que neuf études sont de nature quantitative et une étude (1) adopte un devis mixte. On compte également quatre rapports d'organismes publics, quatre revues de la littérature, trois revues systématiques et trois examens de la portée ([voir l'annexe K](#)).

La prédominance des études qualitatives dans le présent rapport se manifeste à travers les études descriptives de nature empirique ou celles proposant des modèles ou des cadres de référence. Assez souvent, les auteur·trice·s de ces études ont recours à la technique de l'entretien individuel ou collectif (groupes de discussion, panels d'experts) et, en complément, à la consultation de documents administratifs. Quant aux études quantitatives, les sondages en ligne sont fréquents, surtout pour interroger les membres du personnel des organisations concernées. S'ajoutent parfois des données clinico-administratives et des données démographiques des patient·e·s d'établissements de santé ou du personnel de santé.

Les objectifs des auteur·trice·s des publications retenues sont très variables. Par exemple :

- ▶ Proposer un modèle de soins ou de services pour les troubles de santé mentale (Holden et collab., 2014; Im et collab., 2021; McKinney, 2007; Nadeau et collab., 2014; Paris et collab., 2016; Ratnayake et collab. 2022);
- ▶ Élaborer un cadre de référence, identifier des approches et des interventions (Evans et collab., 2014; Healey et collab., 2017; Hernandez et collab., 2009; Janzen et collab., 2010; Kim et collab., 2002; Lee-Tauler et collab., 2018; Muvuka et collab., 2020; Scribner et collab. 2020; Shannon et collab., 2016);
- ▶ Évaluer la performance organisationnelle en matière d'adaptation culturelle (Cherner et collab., 2014; Delphin-Rittmon et collab., 2016; Polgar et collab., 2016; Sashidharan, 2003; Siegel et collab., 2003; Snowden et collab., 2006);
- ▶ Explorer des pratiques axées sur les compétences culturelles et linguistiques (Alvarez et collab., 2014; Brar-Josan et Yohani, 2019; McGarry et collab., 2018; Ruglass et collab., 2014; Verrept, 2019);
- ▶ Examiner les pratiques de travail avec les interprètes, leur rôle dans le domaine de la santé mentale (Battaglini et collab., 2005; Brisset et collab., 2014; Kirmayer et collab., 2011; Miller et collab., 2005; Priebe et collab., 2011; Raval, 2005).

Dans d'autres publications, les objectifs des auteurs portent sur les limites à l'accès et à l'utilisation des services de santé, ainsi que les stratégies déployées pour minimiser ces limites (Harding et collab., 2015; Im et collab., 2021; Kim et collab., 2002; Lee et collab., 2008; Lee-Tauler et collab., 2018; Nadeau et collab., 2017; Sashidharan, 2003; Snowden et collab., 2006; Valdez et collab., 2011; Wrenn et collab., 2017).

Les résultats sur la qualité méthodologique des publications retenues ont été pris en considération au moment de l'analyse des données. D'un commun accord, l'auteur et l'autrice de ce rapport ont choisi de ne retenir que les publications de moyenne et de bonne qualité sur le plan méthodologique¹⁴. Ainsi, sur les 48 publications retenues, sept ont été évaluées comme étant de bonne qualité et 27 autres comme étant de qualité moyenne. Pour ce qui est des autres publications (14), soit des études descriptives et des rapports d'organismes publics, elles ont été retenues sur la base des critères de la grille AACODS qui ne possède pas de scores spécifiques.

¹⁴ Les résultats des différentes grilles d'évaluation utilisées sont disponibles sur demande.

5.2 Synthèse et analyse des résultats issus de la collecte des données

Les résultats présentés dans cette section du rapport sont issus, d'une part, de données scientifiques et d'autres types de données (littérature grise) repérées dans la revue intégrative, et d'autre part, de données contextuelles obtenues lors des rencontres avec les membres du comité de suivi (CdS) pour ce projet d'évaluation ainsi que par l'entremise d'entrevues menées auprès d'informatrices clés (IC1-2-3) de milieux de pratique dont certains débordent des territoires de services du CEMTL et du CCOMTL. Enfin, des données expérientielles ont été recueillies auprès d'intervenant·e·s, de coordonnateur·trice·s et du personnel d'encadrement du CEMTL et du CCOMTL, au moyen d'entretiens collectifs ou de groupes de discussion (GD1-2, CEMTL; GD1-2, COMTL).

Les résultats sont regroupés autour des cinq thèmes identifiés à partir de la recension de la littérature (voir les annexes L et M). Le cas échéant, les effets engendrés par les stratégies identifiées dans la littérature sont présentés à l'annexe N selon cette classification thématique.

5.2.1 Gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle

5.2.1.1 Mission, objectifs, plans et politiques des organisations de santé

Les instances de gouvernance peuvent jouer un rôle stratégique afin de s'assurer que leurs établissements en santé mentale répondent aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle. À ce sujet, certains auteur·trice·s présentent, sous différentes formes, les principales composantes à considérer afin de favoriser l'adaptation culturelle au niveau d'une structure organisationnelle (voir l'annexe L). D'ailleurs, les composantes auxquelles les auteur·trice·s font le plus souvent référence ont servi d'assise à la classification thématique des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle dans le cadre de la présente évaluation (voir l'annexe M).

Dans leur revue systématique sur les adaptations culturelles, Healey et collab. (2017) mentionnent trois thèmes généraux au sein desquels sont regroupées les grandes composantes des changements à opérer au niveau organisationnel soit : la sensibilisation et la participation communautaire, les changements dans la structure et le processus de prestation des services, et l'adaptation du contenu du matériel d'information pour les communautés ethnoculturelles. Pour ces auteurs, ces communautés devraient être entendues et mises à contribution dans la conception, la planification et l'implantation de services de santé mentale qui leur sont destinées, afin qu'ils soient adaptés à leurs réalités. L'importance d'assurer la présence de personnes de la diversité ethnoculturelle sur des comités spécifiques a également été mentionnée par Sashidharan (2003), Xavier et collab. (2021) et Janzen et collab. (2010).

Pour leur part, Sashidharan et collab. proposent des lignes directrices à inclure dans un plan d'action soit :

- a) une intégration de la diversité culturelle au sein de la planification, de la prestation et de l'élaboration de l'offre de services ;
- b) une responsabilité et une visibilité des questions ethnoculturelles au niveau du conseil d'administration ;
- c) une gestion de la performance incluant la diversité ethnoculturelle (p. ex., un portrait des utilisateurs des services, un rapport annuel sur l'adaptation des services) ;

- d) la mise en place de mécanismes formels pour l'implication de communautés ethnoculturelles et des usagers des services ;
- e) la participation des communautés ethnoculturelles locales dans la planification, la prestation et l'évaluation de l'efficacité des services de santé mentale.

Plutôt que de situer le problème au niveau plus général de l'adaptation culturelle d'une organisation, c'est par l'entremise des notions de « compétence culturelle » que Delphin-Rittmon et collab. (2016), Cherner et collab. (2014) et Siegel et collab. (2003) ont choisi d'aborder la gouvernance organisationnelle. Alors que Delphin-Rittmon et collab. font de la gouvernance, notamment sur le plan de la politique institutionnelle et des procédures, l'une des six dimensions d'une organisation culturellement compétente, Cherner et collab. ont élaboré un cadre d'analyse composé de 53 standards de compétence culturelle au niveau organisationnel. Parmi ces standards, il est notamment question de s'assurer que les normes, les principes et les politiques de l'organisation comprennent des stratégies organisationnelles de compétence culturelle. Quant à Siegel et collab., ils proposent 12 catégories regroupant 142 indicateurs de performance de la compétence culturelle d'une organisation, dont celles relatives à une meilleure connaissance de la population locale, de ses besoins, ainsi qu'un suivi des activités implantées dans l'organisation (volet évaluation) et des résultats obtenus.

Pour leur part, Westhues et collab. (2010) font référence à la notion de « sensibilité culturelle » et proposent une liste de mesures associées aux activités à implanter pour atteindre cet objectif et qui seraient incluses dans le plan stratégique d'une organisation. Pour ces auteur-trice-s, les organisations doivent intégrer la « sensibilité culturelle » dans leur mission, leur planification stratégique et l'évaluation du progrès de l'implantation. Cela nécessite aussi d'élaborer un portrait démographique, culturel et épidémiologique des usagers des services, et de la population du territoire local desservi. Enfin, une organisation doit procéder à une évaluation détaillée des besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle en vue d'adapter ses services en conséquence. Dans leur étude, Westhues et collab. ont cherché à savoir si les organismes qui intégraient des pratiques culturellement sensibles dans leurs services se démarquaient des organismes qui n'en avaient pas. Cela ne s'est avéré que dans un seul cas. Ces auteur-trice-s ont aussi constaté que les organismes dont la philosophie préconise la sensibilité culturelle offraient plus souvent une formation continue pour intervenir auprès des personnes de la diversité ethnoculturelle.

Pour ce qui est du contexte québécois, à l'heure actuelle, plusieurs CIUSSS développent des plans et des politiques d'équité-diversité-inclusion-appartenance (EDIA). Cette orientation semble prometteuse selon les membres du CEMTL qui siègent au comité de suivi de la présente évaluation. À ce sujet, il est recommandé par ceux-ci : 1) que le personnel des CIUSSS soit sensibilisé aux concepts d'équité, de diversité, d'inclusion et d'appartenance, 2) que ces concepts soient intégrés aux pratiques, et 3) que les ressources humaines visent une représentativité des personnes issues de la diversité ethnoculturelle au moment de recruter du personnel¹⁵. D'après les membres de ce comité, les étapes visant la représentativité de la population dans les instances de gouvernance des organisations ouvriront la porte à la mise en place de services culturellement adaptés. Ces membres considèrent donc que les personnes de la diversité ethnoculturelle devraient être représentées dans les différentes instances de gouvernance et dans les comités afin qu'elles puissent contribuer à l'élaboration et à l'implantation de stratégies d'adaptation culturelle des services de manière à répondre aux besoins des communautés ethnoculturelles.

¹⁵ Cette stratégie sera davantage détaillée dans la section qui porte sur les ressources humaines.

5.2.1.2 Représentativité des personnes de la diversité ethnoculturelle sur les conseils d'administration

Dans l'étude de Westhues et collab. (2010), une grande proportion (89 %) de leaders d'organismes communautaires dans le domaine de la santé mentale en Ontario (Canada) ont affirmé que les conseils d'administration de leurs organisations étaient culturellement représentatifs des communautés qu'ils desservent. D'ailleurs, selon la Commission pour l'égalité raciale (*Commission for Racial Equality*, 2002; cité dans Sashidharan, 2003), un fort leadership serait vital pour les organisations dans le domaine de la santé qui visent la promotion de l'égalité raciale (*sic*) des usager·ère·s des services comme responsabilité sociale. Selon eux, les responsabilités d'un tel conseil d'administration se déclinent ainsi :

« Les membres du conseil d'administration et les cadres supérieurs se sont engagés publiquement à lutter contre la discrimination raciale illégale et à promouvoir l'égalité des chances et de bonnes relations interculturelles dans tous les domaines d'activité de l'organisation.

Les membres du conseil d'administration et le personnel d'encadrement prennent l'initiative de promouvoir l'égalité raciale et les bonnes relations interculturelles, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation.

Les membres du conseil d'administration et les cadres supérieurs comprennent les principes directeurs de la promotion de l'égalité raciale. Ils veillent à ce que ces principes régissent tous les aspects de leur travail. Le conseil d'administration a déclaré publiquement qu'il était responsable de la promotion de l'égalité raciale, de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement.

Les membres du conseil d'administration et le personnel issu de minorités ethniques jouent un rôle actif et sont responsables dans tous les domaines d'activité de l'organisation. Ils ne sont pas marginalisés ni censés se préoccuper uniquement du travail de l'organisation en matière d'égalité et de diversité. » (Source : *Commission for Racial Equality*, 2002; cité dans Sashidharan, 2003, p.18, trad. libre)

Afin de faciliter la participation des personnes de la diversité ethnoculturelle aux conseils d'administration, les auteurs de l'étude suggèrent que les réunions publiques d'un conseil d'administration soient tenues dans des lieux (p. ex., des salles communautaires) et à des moments opportuns (p. ex., en dehors des heures de travail) pour les membres des communautés ethnoculturelles locales (*ibidem*, p. 24).

Selon un membre du comité de suivi, les instances de gouvernance des organismes communautaires en santé mentale se soucient, depuis les années 1970, d'avoir une représentation de membres qui ont une expérience avec une problématique de santé mentale. L'intersectionnalité du problème où se combinent les enjeux de santé mentale et la diversité ethnoculturelle, ainsi que la sous-représentativité de personnes de la diversité ethnoculturelle sur les conseils d'administration, obligent les organisations à prioriser les candidatures de personnes avec une expérience vécue dans le domaine de la santé mentale. Considérant que la réalité interculturelle montréalaise reste partiellement étrangère pour le reste du Québec, il existe un moins grand nombre de mécanismes et d'outils pour répondre aux enjeux de la diversité ethnoculturelle dans les organismes communautaires en dehors de la région montréalaise.

Dans celle-ci, certains groupes communautaires ont entamé une réflexion sur la manière d'accueillir les usager·ère·s de la diversité ethnoculturelle. Dans le RSSS, les initiatives qui visent une représentativité de personnes de la diversité ethnoculturelle dans les instances de gouvernance sont rares. Ce serait toutefois le cas pour le conseil d'administration de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ainsi que celui de sa Fondation.

Par ailleurs, la majorité des participant·e·s aux groupes de discussion tenus dans le cadre de la présente évaluation affirment ne pas connaître les mesures mises en place par leurs organisations afin d'inclure les personnes de la diversité ethnoculturelle dans les instances de gouvernance. Ils et elles s'accordent pour affirmer qu'à ce sujet, les valeurs et l'éthique d'une organisation devraient être incarnées par les membres du conseil d'administration.

5.2.1.3 Collecte de données sur les populations et leurs besoins

Toujours au niveau de la gouvernance, des initiatives peuvent être mises en place afin de mieux connaître les caractéristiques de la population du territoire desservi, et ainsi appuyer la planification et l'implantation de services culturellement adaptés. À cet effet, des statistiques peuvent être générées, des projets de recherche peuvent être soutenus, et des personnes de la diversité ethnoculturelle peuvent être consultées et impliquées dans ces activités. La collecte et l'utilisation de données sur les personnes de la diversité ethnoculturelle peuvent aiguiller l'organisation des services (Healey et collab., 2017; Sashidharan, 2003).

Selon Westhues et collab. (2010), ces données peuvent être utilisées à des fins cliniques et être intégrées dans les systèmes de gestion organisationnelle d'informations où le profil démographique, culturel et épidémiologique de la population du territoire desservi est mis à jour régulièrement. Une stratégie à envisager selon McGarry et collab. (2018) serait la mise en place de registres (bases de données) sur les patient·e·s de manière à répertorier l'appartenance ethnoculturelle, les besoins en termes de langues parlées et les ressources disponibles pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes de la diversité ethnoculturelle et à leur faciliter l'accès aux services de santé.

Les chercheur·euse·s peuvent jouer un rôle clé en alignant leurs intérêts de recherche vers le développement de données spécifiques qui répondent aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle (Nadeau et collab., 2014). De même, selon Ratnayake et collab. (2022), les organismes communautaires qui accueillent des personnes immigrantes sont de précieux partenaires à considérer, du fait de leur fine connaissance de ces dernières et de leurs besoins.

Par ailleurs, un membre du comité de suivi rapporte que la pandémie à la COVID-19 a aussi poussé les établissements de santé à recueillir davantage d'informations sur les besoins de la population. Au CLSC Saint-Michel, un projet-pilote en collaboration avec des organismes communautaires vise à identifier les besoins de la population en termes de services culturellement adaptés. De même, une des initiatives entreprises par le CEMTL, en collaboration avec la Direction de la santé publique, vise précisément à mieux connaître la population, afin de soutenir un plan de rétablissement.

Dans le même ordre d'idées, certain·e·s employé·e·s d'organismes communautaires disent colliger des informations et des statistiques sur leurs usager·ère·s, qui sont ensuite transmises aux gestionnaires de ces organismes afin qu'ils aient un portrait détaillé de ces personnes. Cependant, selon un intervenant, ces données seraient insuffisantes pour bien capter la réalité des usager·ère·s. Un autre utilise l'expression

« la carte n'est pas le territoire » (GD2, CEMTL) pour signaler que les données démographiques ne permettent pas de savoir :

« Qu'est-ce qui se passe dans le quotidien des gens ? Qu'est-ce qui fait vibrer le quartier ? Quel est l'événement qui les préoccupe ? [...] Je me demande s'il n'y avait pas d'autres types d'informations [accessibles] par des voies autres qu'institutionnelles qui ne seraient pas au mieux, complémentaires, puis au pire, plus utile [...] Je pense que ça nous prendrait, en complément, des informations d'une autre nature que démographiques ». (GD2, CEMTL)

Dans les groupes de discussion, certain·e·s participant·e·s ont abordé le profil des usager·ère·s, par exemple au niveau socioéconomique. Ils et elles décèlent une volonté organisationnelle de leur direction d'informer les employé·e·s des nouveautés concernant le profil de la population desservie. Cependant, malgré l'accessibilité de données sociodémographiques sur la population du territoire pour le personnel du RSSS, elles ne répondent pas nécessairement aux besoins des intervenant·e·s, comme le soulève une participante d'un groupe de discussion :

« Je me souviens que j'avais trouvé ces informations-là sur le site du CIUSSS. Quand j'avais appliqué sur le poste, j'avais fait une recherche pour voir les infos, puis tout était là. Tu sais, le profil sociodémographique de la clientèle comme l'origine ethnique, le revenu... Mais je t'avoue que dans ma pratique, au quotidien, ce n'est pas le genre d'information que je consulte ». (GD2, CEMTL)

Pourtant, certain·e·s intervenant·e·s soulignent ne pas avoir accès à plus d'informations sur les besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle. À cet effet, certains efforts ont été faits pour diffuser ce genre d'informations. Par exemple, les intervenant·e·s du [Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile \(PRAIDA\)](#) présentent aux organismes concernés des informations sur la proportion de personnes réfugiées par pays, et les lieux d'hébergements disponibles. Cependant, pour certain·e·s participant·e·s aux groupes de discussion, l'information disponible n'offre pas une représentation complète des besoins de ces populations.

Au niveau de la recherche, les chercheur·euse·s affilié·e·s aux CIUSSS produisent des connaissances basées sur des théories et sur des études empiriques. Ces travaux, qui dépassent le simple recueil de données statistiques, pourraient profiter aux équipes d'intervention. Par exemple, certain·e·s intervenant·e·s souhaiteraient mieux connaître les langues d'origine des usager·ère·s, leurs contextes de vie, leurs parcours migratoires, et par le fait même les possibles traumatismes associés à leur migration, afin de procéder à une évaluation adaptée à la situation. Certain·e·s intervenant·e·s en connaissent davantage que d'autres sur ces populations, en raison de formations qu'ils ont suivies sur une base volontaire.

De l'avis d'un participant à un groupe de discussion, la formation des employé·e·s est une des stratégies à privilégier pour inciter les membres du personnel à adapter culturellement leurs approches et leurs pratiques. Cependant, selon d'autres membres de ce groupe de discussion, la formation devrait relever d'une vision organisationnelle dans la mesure où les gestionnaires devraient être mis à contribution. Ainsi, la sensibilisation et la formation des gestionnaires aux besoins et aux approches adaptées aux personnes de la diversité ethnoculturelle pourraient influencer les orientations et la structure de services de santé, compte tenu du pouvoir décisionnel dont disposent les gestionnaires de ces services¹⁶.

¹⁶ Il en sera question plus loin dans la section consacrée à la formation.

5.2.1.4 Évaluation et contrôle de la qualité

Afin de respecter les exigences de qualité attendues, une organisation peut se prévaloir d'un service d'évaluation et de contrôle de la qualité de ses services en fonction de différents objectifs. Par exemple, selon Westhues et collab. (2010), une évaluation systématique des besoins des membres des communautés ethnoculturelles pourrait être menée pour planifier et implanter des services correspondant à leurs besoins. Des audits internes et ceux visant l'amélioration de la performance des programmes pourraient également être considérés dans ces évaluations.

Les initiatives d'évaluation et de contrôle de la qualité des services semblent peu connues par les membres du comité de suivi. Néanmoins, il a été rapporté qu'à l'Hôpital général juif de Montréal, un sondage de satisfaction des usager·ère·s a été mis en place par l'équipe de la Direction de la qualité. Bien qu'un tel sondage puisse contribuer à mieux connaître l'expérience des usager·ère·s, certain·e·s considèrent qu'il faudrait l'étendre aux services de première ligne, en y intégrant des composantes de l'approche « diversité-équité-inclusion-appartenance » (DÉIA), développée notamment au CCOMTL. Par ailleurs, l'évaluation de la mesure d'appréciation d'un service pourrait s'inspirer de ce que propose comme balises le [Programme québécois pour les troubles mentaux \(PQPTM\)](#). Ce sondage permettrait ainsi d'adapter les interventions en fonction des besoins et de la satisfaction des usager·ère·s, du suivi par le personnel d'encadrement, et par l'instauration d'une culture de mesures de la performance en collaboration avec les usager·ère·s. En complément, des questions sur l'accès aux services seraient également à considérer.

Par ailleurs, selon Siegel et collab. (2003), des mesures de la performance des compétences culturelles sur le plan organisationnel pourraient être établies à partir de données administratives et d'un panel d'expert·e·s représentatif·ve·s des communautés ethnoculturelles (chercheur·euse·s, administrateur·trice·s, défenseur·euse·s des droits civiques, praticien·ne·s). Ces mesures de performance seraient basées sur les critères suivants :

- ▶ Intégration de la compétence culturelle dans les objectifs, valeurs et mission d'une organisation;
- ▶ Présence d'un plan stratégique et d'actions adaptées à la diversité culturelle dans une organisation offrant des services de santé mentale;
- ▶ Connaissance des besoins spécifiques des groupes ethnoculturels;
- ▶ Mise en place d'activités de sensibilisation (avec un budget alloué);
- ▶ Implantation d'un comité-conseil sur la compétence culturelle.

Sashidharan (2003) propose aussi que les communautés ethnoculturelles locales participent, au-delà de la planification et de la prestation des services, à l'évaluation de leur qualité. Les organisations de santé pourraient ainsi faire l'objet d'une auto-évaluation de leur compétence culturelle, et la documenter dans leurs rapports annuels. Dans cette foulée, Janzen et collab. (2010) suggèrent une stratégie qui mise sur une collaboration interétablissements (établissements de santé, organismes communautaires) pour élaborer un cadre de référence commun qui prévoit l'intégration de personnes de la diversité ethnoculturelle dans la gouvernance de ces organisations et leur participation pour l'élaboration de politiques, de recherches et pour le suivi des innovations.

Outre l'évaluation des services, des intervenant-e-s du CCOMTL ont soulevé l'importance de faciliter le processus de plainte par les usager-ère-s (qui n'en sont pas toujours informés) lors de comportements et de situations dérogatoires de la part du personnel à leur endroit. Plusieurs intervenant-e-s du CCOMTL disent avoir été témoins de propos racistes, discriminatoires et de stéréotypes négatifs émis par certain-e-s collègues. Selon ces intervenant-e-s, peu de mécanismes sont mis en place afin de pouvoir dénoncer ces propos qu'ils et elles jugent « *horribles, insensés et qui méritent d'être divulgué* ». Ils et elles proposent des signalements anonymes ou un processus de plainte interne, suivi de mesures.

Selon des intervenant-e-s du CCOMTL, des démarches entreprises dans la foulée de l'approche « diversité-équité-inclusion-appartenance » (DÉIA) auraient été entreprises dans leur CIUSSS afin de documenter l'expérience des intervenant-e-s sur des questions relatives à leur environnement de travail, sur la violence, le racisme ou la discrimination, et la mise en place de mécanismes d'inclusion.

5.2.2 Ressources humaines, matérielles et financières

5.2.2.1 Ressources humaines : promotion, recrutement et embauche

Plusieurs auteur-trice-s suggèrent que le personnel, les intervenant-e-s et les gestionnaires des services de proximité en santé soient représentatif-ve-s des populations d'un territoire de services (Bationo et collab., 2017; Cherner et collab., 2014; Delphin-Rittmon et collab., 2016; Westhues et collab., 2010). En ce sens, le développement et l'implantation de stratégies pour recruter, retenir et valoriser le personnel qualifié, diversifié et culturellement compétent, afin de répondre aux besoins des populations de la diversité ethnoculturelle, seraient de mise (Sashidharan, 2003).

Les personnes responsables du recrutement et de l'embauche pourraient ainsi considérer comme des atouts l'origine ethnoculturelle du personnel (Bationo et collab., 2017), la connaissance des populations locales ou la familiarité avec leurs cultures (McGarry et collab., 2018; Xavier et collab., 2021) et la maîtrise des langues parlées par celles-ci (Kim et collab., 2002; McGarry et collab., 2018; Paris et collab., 2016; Riza et collab., 2020; Xavier et collab., 2021). Cela permettrait que les services soient mieux adaptés culturellement et linguistiquement aux personnes de la diversité ethnoculturelle.

Plusieurs participant-e-s aux groupes de discussion, ainsi que des informatrices clés, sont aussi d'avis que l'embauche de personnes de la diversité ethnoculturelle est une stratégie à développer. À cet effet, miser sur le développement de l'approche diversité, équité, inclusion *et appartenance* (DÉIA) s'avérerait une stratégie utile afin de déployer des mécanismes de recrutement et de gestion du personnel.

Une intervenante (GD1, CCOMTL) considère que l'embauche de personnel diversifié, bénéficiant de multiples expériences avec les personnes de la diversité ethnoculturelle, offrirait des perspectives et des solutions variées, dont le partage de connaissances sur les communautés ethnoculturelles. Par ailleurs, outre les compétences professionnelles, l'expérience migratoire des personnes immigrantes pourrait sensibiliser le personnel à la trajectoire de vie de ces personnes et s'avérer un atout pour adapter les interventions en conséquence. La connaissance des enjeux auxquels font face ces dernières faciliterait d'autant l'adaptation culturelle des services offerts.

Afin d'attirer davantage de jeunes de la diversité ethnoculturelle à opter pour des professions dans le domaine de la santé mentale, un psychiatre interrogé par Alvarez et collab. (2014) suggère des activités de sensibilisation dans les écoles, combinée à une aide financière. Aux États-Unis, certains programmes universitaires sont offerts en espagnol (par exemple en psychologie) permettant ainsi de rejoindre les futur·e·s intervenant·e·s en santé mentale et d'aborder la spécificité culturelle des personnes hispanophones lors des interventions (Paris et collab., 2016). D'ailleurs, la stratégie de recrutement dans les universités relève souvent d'une collaboration, dont la démarche et les résultats seront détaillés dans la section de ce rapport qui porte sur les liens interétablissements.

Dans cet ordre d'idées, un membre du comité de suivi a mentionné le faible nombre de candidatures et de personnes de la diversité ethnoculturelle en poste dans les services de proximité en santé mentale. Il suggère comme stratégie la promotion de formations universitaires axées sur la professionnalisation en santé mentale, ce qui pourrait se traduire par davantage de candidatures.

Selon plusieurs participant·e·s aux groupes de discussion, les exigences requises pour occuper un emploi dans un établissement de santé sont, pour plusieurs immigrants, très difficiles à respecter. La longueur des formulaires d'emploi à compléter, la possession des nombreux diplômes requis, l'appartenance à un ordre professionnel (le cas échéant) et le bilinguisme (français-anglais) sont parmi les barrières d'accès à l'emploi pour les personnes immigrantes. Certain·e·s d'entre elles abandonnent devant la lourdeur du processus, surtout lorsqu'il est question de passer les examens d'équivalences ou de reprendre les études, faute d'argent, de temps, de maîtrise de la langue française, en plus des engagements personnels et familiaux. Lors d'entrevues avec des intervenantes immigrantes, celles-ci ont proposé que le MSSS et les CIUSSS se penchent sur la difficulté d'accès aux emplois dans le domaine de la santé pour les personnes de la diversité ethnoculturelle. Le recrutement préalable à l'interne selon le critère d'ancienneté des employés syndiqués limiterait également les chances d'accès à un tel emploi pour les personnes plus jeunes ou nouvellement arrivées.

Pourtant, certain·e·s gestionnaires interrogé·e·s affirment que la pénurie de main-d'œuvre a incité à diminuer les exigences dans les critères d'embauche : seules les compétences de base, la motivation à apprendre et la disponibilité à temps plein seraient considérées. D'autres gestionnaires sont d'avis que cet assouplissement s'est traduit par l'embauche de professionnel·le·s détenant un baccalauréat de l'étranger, bien qu'ils et elles ne sont pas membres d'un ordre professionnel ou n'ont pas un titre officiel. Pour attirer des personnes d'horizons variés, plusieurs sont d'avis qu'il faudrait assouplir les critères de sélection, en misant davantage sur les compétences plutôt que sur les diplômes.

Au sein du comité de suivi, il a été suggéré que le RSSS s'inspire des entreprises d'insertion professionnelle en recourant à un·e coach d'insertion professionnelle pour aider les personnes de la diversité ethnoculturelle à naviguer dans le processus d'embauche des CIUSSS. Un membre de ce comité de suivi a mentionné que l'embauche de personnes de la diversité ethnoculturelle dans des postes ou fonctions clés pourrait faciliter leur intégration dans l'organisation. Ce qui leur permettrait de jouer un rôle majeur dans l'accès et l'utilisation des services de proximité en santé mentale par les personnes de la diversité ethnoculturelle.

Par exemple, dans la littérature scientifique, il est fait mention d'un·e travailleur·euse de liaison qui offre des conseils en bien-être et des services de thérapie cognitivocomportementale dans des cabinets de médecins généralistes à Londres (Evans et collab., 2014). Il ou elle sensibilise le personnel du cabinet sur les désordres mentaux, comment y faire face, et discute de cas lors de rencontres d'équipe. Il ou elle s'occupe également de rester en contact étroit avec les membres des communautés ethnoculturelles et avec les groupes religieux. La traduction de la publicité et du matériel dans les langues parlées au sein de

la communauté locale relèverait également de sa responsabilité au sein du cabinet médical. Cet exemple illustre l'impact de la présence d'un·e travailleur·euse de liaison en santé mentale sur l'amélioration de l'orientation vers les services de thérapies IAPT (*Improving Access to Psychological Therapy*) de patient·e·s afrodescendant·e·s et d'autres personnes de la diversité ethnoculturelle présentant des troubles mentaux tels que l'anxiété et la dépression.

Dans un autre contexte, celui des [Programmes pour les premiers épisodes psychotiques \(PPEP\)](#) Xavier et collab. (2021) concluent qu'il serait pertinent que les clinicien·ne·s se dotent d'un·e spécialiste formé·e aux soins et aux interventions culturellement sensibles et approprié, afin d'agir en tant que personne-ressource auprès du personnel. Ces auteur·trice·s mentionnent également l'importance qu'une formation de base soit tout de même requise pour tous et toutes les clinicien·ne·s.

Dans le même ordre d'idées, afin de faciliter l'embauche d'immigrant·e·s formé·e·s en santé et de dépasser les barrières liées aux ordres professionnels, des intervenant·e·s participant aux groupes de discussion proposent l'embauche de ces personnes dans des postes administratifs, par exemple au sein de la direction des ressources humaines.

« Puis moi je trouve que c'est positif parce qu'on peut avoir des collègues qui sont RH [aux ressources humaines], mais qui ont beaucoup d'expérience dans le communautaire ici ou ailleurs. Puis ils ont une plus-value [...] quelques personnes qui ont appliqué qui venaient d'ailleurs comme psychologues, moi j'envoyais ça au RH tout de suite là. Mais justement, peut être que cette personne ne pourra pas avoir le titre de psychologue, parce que c'est quand même vraiment compliqué, avec l'Ordre [des psychologues du Québec], tu sais, mais peut-être qu'elle va pouvoir rentrer comme en RH. D'ailleurs, j'avais un collègue qui était psychiatre en [pays], puis ils l'ont mis sur un poste de SAC [spécialiste en activité clinique], puis il faisait le tour de toute la liste d'attente en santé mentale jeunesse ». (GD1, CCOMTL)

Par ailleurs, les patient·e·s partenaires parmi les personnes de la diversité ethnoculturelle qui sont usager·ère·s de services de santé mentale, bien que valorisé·e·s par le RSSS, seraient présentement sous-représenté·e·s, selon un des membres du comité de suivi. Selon ce membre, leur recrutement serait profitable pour les équipes cliniques et pour les autres usager·ère·s des services. Leur expérience des soins et leurs perspectives des enjeux culturels pourraient « **apporter de la confiance** » aux patient·e·s et aider les équipes cliniques. Ce membre cite en exemple la [Clinique Mauve](#)¹⁷ qui intègre à son dispositif de soins des pairs navigateur·trice·s qui interviennent afin de « *réduire les barrières structurelles d'accès aux soins de santé et aux services sociaux* » pour les personnes LGBTQI+, immigrantes et racisées. Ces pairs navigateur·trice·s partagent la langue et la culture des personnes qu'elles accompagnent. Toujours selon ce membre du comité, ce rôle pourrait d'ailleurs être étendu aux autres services de proximité en santé mentale.

La barrière linguistique est un thème récurrent en ce qui a trait à l'accessibilité des services. Cette barrière pourrait être déjouée avec la présence de personnel pouvant communiquer dans différentes langues. Ainsi, selon Snowden et collab. (2006), la majorité (68 %) de coordonnateurs de services publics de santé mentale en Californie considéreraient que l'embauche de personnel bilingue ou biculturel serait une stratégie d'attraction efficace pour augmenter l'utilisation des services par les minorités ethnoculturelles.

¹⁷ « La Clinique Mauve offre des soins médicaux, psychosociaux, de santé sexuelle et de santé mentale intégrés aux personnes LGBTQI+ migrantes et racisées vivant à Montréal ». (source : IU-SHERPA : <https://sherpa-recherche.com/fr/sherpa/projets-partenaires/clinique-mauve/>)

Les participant·e·s à un groupe de discussion ont souligné que sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL, certaines organisations emploient déjà du personnel qui maîtrise différentes langues. Cela leur permettrait de communiquer avec bon nombre d'usager·ère·s et, le cas échéant, de faire leur intervention dans la langue principale de l'usager·ère. Ce serait le cas pour l'espagnol et le créole couramment parlés par certains membres du personnel du CEMTL ou encore la maîtrise de langues indiennes par certains membres du personnel du CCOMTL. Cependant, cette situation serait exceptionnelle. Certaines organisations priorisent donc l'embauche d'intervenant·e·s qui partagent les langues parlées des usager·ère·s, comme c'est le cas d'organismes offrant des services aux personnes immigrantes, réfugiées et demandeuses d'asile. Par exemple, le recrutement d'intervenant·e·s qui parlent espagnol est privilégié pour le secteur Pointe-aux-Trembles, considérant la forte proportion de personnes immigrantes hispanophones.

Plusieurs intervenant·e·s sensibilisent leurs gestionnaires à l'importance d'engager des professionnel·le·s bilingues ou multilingues, afin d'améliorer l'accessibilité des services. Selon ces intervenant·e·s, les responsables d'un établissement qui offriraient des conditions de travail et salariaux avantageux disposeraient d'une plus grande marge de manœuvre pour attirer et recruter des personnes possédant ce type de compétence. Selon une intervenante d'un organisme communautaire, le suivi en santé mentale dans une langue seconde qu'elle partage avec l'usager·ère, place celui-ci ou celle-ci sur un certain pied d'égalité du point de vue linguistique, et faciliterait la relation thérapeutique et le suivi de cette personne.

5.2.2.2 Ressources humaines : formations ciblées

Outre le recrutement et l'embauche, la formation est une autre stratégie que les ressources humaines peuvent développer. La formation du personnel est une stratégie souvent abordée, autant dans la littérature que dans les échanges avec les d'informatrices clés et les participant·e·s aux groupes de discussion. Différentes formations sur les manières d'intervenir auprès de personnes de la diversité ethnoculturelle sont offertes par divers types d'organisation du RSSS, des universités et des organismes communautaires.

5.2.2.2.1 Formations continues en milieu de travail sur les caractéristiques et le contexte de vie des personnes de la diversité ethnoculturelle

Des formations peuvent être offertes dans les milieux de travail afin de mieux connaître les personnes de la diversité ethnoculturelle et d'améliorer les compétences culturelles de tout le personnel soignant (Healey et collab., 2017; Paris et collab., 2016; Riza et collab., 2020; Sharma et collab., 2022). La sensibilisation à des cultures diverses permettrait d'offrir un service plus satisfaisant et respectueux aux patient·e·s immigrant·e·s (Bationo et collab., 2017; McGarry et collab., 2018; Priebe et collab., 2011; Westhues et collab., 2010). Plusieurs auteur·rice·s soulèvent l'importance de formations sur les processus migratoires, sur les nouvelles communautés installées sur le territoire de services et sur les politiques relatives à l'immigration (Bationo et collab., 2017; Battaglini et collab., 2005).

La sensibilisation des intervenant·e·s et du personnel clinique de médecine familiale au contexte social et aux enjeux socioculturels des membres de communautés ethnoculturelles ainsi qu'à leurs besoins spécifiques est aussi recommandée par plusieurs auteur·rice·s (Alvarez et collab., 2014; Nadeau et collab., 2014; Valdez, et collab., 2011). Les programmes de formation des clinicien·ne·s pourraient intégrer des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé, leur prise en compte dans le diagnostic et dans la planification du traitement (Hansen et collab., 2018 cité dans Xavier et collab., 2021).

Les formations pourraient aussi aborder la prévalence des maladies chez les personnes immigrantes, les croyances culturelles sur la santé mentale et les perceptions de la maladie (tabous, religion, etc.) (Alvarez

et collab., 2014, Priebe et collab., 2011, Westhues et collab., 2010), ainsi que les pratiques culturelles lors de la résolution de problème (Bationo et collab., 2017). Cela permettrait d'améliorer les diagnostics et de fournir les traitements appropriés que les usager·ère·s sont prêt·e·s à accepter (Bationo et collab., 2017).

Une informatrice clé est d'avis que la haute direction de son établissement de santé devrait offrir aux intervenant·e·s, de manière officielle et systématique, soit des formations, des séminaires, des conférences ou des documents synthétiques afin de parfaire leurs interventions. Elle propose que ces formations portent sur l'apprentissage du contexte culturel, religieux et social des personnes de la diversité ethnoculturelle qui utilisent les services de santé mentale. D'autres informateurs·trice·s clés ont fait état de la volonté d'intervenant·e·s de vouloir comprendre et adapter leurs interventions à l'égard des personnes de la diversité ethnoculturelle afin de dépasser les difficultés et les défis que cela implique. Toutefois, ils et elles sont d'avis que des mesures devraient être prises afin que tous les intervenant·e·s, et non pas seulement ceux et celles qui démontrent de l'intérêt et de la motivation à cet égard, comprennent l'importance d'adapter les interventions et que leurs établissements mettent en place des formations appropriées.

Des stratégies ont également été proposées pour la rétention, l'intégration, l'amélioration et la diffusion de ces formations et de cette documentation. Par exemple, il a été suggéré, par une informatrice clé que ces formations soient offertes par des personnes de la diversité ethnoculturelle, avec une personne non racisée, ou que les personnes de la diversité soient du moins consultées. Elle croit que cela améliorerait la qualité de l'information et de la transmission du message, considérant qu'il proviendrait d'une personne qui a vécu cette réalité et qui ressemble à la population cible.

Aussi, des d'informatrices clés ont fait référence à une grille transculturelle pour les intervenant·e·s de proximité dans différents types d'organisation (établissements de santé, organismes communautaires, écoles). Cette grille permet la cueillette d'informations et l'évaluation de cas en tenant compte du parcours migratoire, de la culture et des croyances de l'usager·ère. Elle inclut une description des symptômes d'un trouble mental. Une formation sur la manière d'utiliser cette grille est disponible sur la [plateforme Environnement numérique d'apprentissage \(ENA\)](#). Selon ces d'informatrices clés, l'intervenant·e pourrait ainsi adapter sa posture, offrir un climat favorisant le partage, et être mieux outillé·e pour une évaluation adéquate. L'importance de la mise en place de mécanismes de rétention de l'information a également été soulevée par le comité de suivi.

La mise en place d'un comité transculturel pour former les intervenant·e·s à utiliser la grille pour les services de proximité a été proposée par des membres du comité de suivi. Un petit groupe de personnes formées à l'utilisation de cette grille serait ainsi en mesure de jouer un rôle de consultation pour les autres intervenant·e·s du programme et de faire connaître davantage l'approche transculturelle. L'intégration des connaissances sur l'interculturalité pourrait passer, pour plusieurs intervenant·e·s, par la création d'un espace d'échanges pour réfléchir à son intégration aux pratiques sur le terrain. Un programme de mentorat ou de coaching pour accompagner l'intervenant·e à intégrer ces connaissances dans sa pratique a également été proposé et appuyé par des membres du comité de suivi.

De son côté, une gestionnaire explique qu'une formation sur le portrait de la population du territoire a déjà été offerte par la direction des ressources humaines du CCOMTL. Elle mentionne que dans le quartier Notre-Dame-de-Grâce, au CLSC Benny Farm, une expertise s'est développée et plusieurs initiatives, projets pilotes et activités sont organisés pour fournir des informations détaillées sur la population et sur des approches d'interventions. Ces démarches auraient encouragé les personnes intéressées à travailler avec cette population à venir travailler à cet endroit.

Enfin, des participant-e-s aux groupes de discussion ont mentionné que la [Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes \(TCRI\)](#) offre des formations sur les enjeux d'immigration ainsi qu'en intervention interculturelle où il est notamment question de décentration chez l'intervenant-e (GD1, CEMTL). D'après ces participant-e-s, ces formations pourraient être ajoutées à celles offertes par le RSSS.

5.2.2.2 Formations académiques sur les interventions interculturelles et les approches sensibles à la culture

Les formations offertes par les milieux académiques peuvent aussi aborder les interventions interculturelles et les approches sensibles à la culture, en visant l'apprentissage d'habiletés d'intervention (Battaglini et collab., 2005 ; Westhues et collab., 2010) ainsi que la communication et la compréhension interculturelle (McGarry et collab., 2018 ; Riza et collab., 2020). Certaines formations abordent les pratiques anti-oppressives et la défense des droits individuels des patient-e-s (Corneau et Stergiopoulos, 2012 cité dans Xavier et collab., 2021) ou encore des plans de traitements centrés sur les patient-e-s (Alvarez et collab., 2014).

Par exemple, dans le cours CRASH (*Considering Culture, showing Respect, Assessing/Affirming differences, showing Sensitivity/Self-Awareness, and to do it all with Humility*), développé par l'École de médecine Morehouse en Géorgie aux États-Unis, on enseigne les principes permettant d'élaborer des stratégies visant à intégrer la culture des patient-e-s dans la prise de décision médicale (Holden et collab., 2014). Dans ce cours, il est question de l'importance de reconnaître la culture des patient-e-s et le droit des individus à être respectés dans leurs propres perspectives. L'histoire culturelle des patient-e-s est évaluée en évitant les préjugés sur leur appartenance à un groupe, reconnaissant ainsi leur diversité. La sensibilité à la culture de l'usager-ère, en toute humilité, ainsi que la prise de conscience des opinions et des préjugés culturels (biais) permettraient aux professionnel-le-s de la santé de ne pas rompre la confiance avec celui-ci ou celle-ci. Par exemple, présenter des excuses pour un « faux pas » culturel offrirait un réconfort aux patient-e-s, tout en offrant une opportunité d'apprentissage aux professionnel-le-s de la santé. La reconnaissance de l'histoire culturelle renforcerait également le lien thérapeutique (Holden et collab., 2014).

Dans cette optique, Delphin-Rittmon et collab. (2016) présentent les résultats d'un projet-pilote qui visait à développer une formation pour les prestataires de services afin d'améliorer la compétence culturelle d'organismes communautaires en santé mentale. Cette formation est basée sur une définition de la compétence culturelle, suivi d'un sondage afin de mesurer la compétence culturelle d'une organisation. Cette formation a été développée par deux facultés universitaires (Yale Program for Recovery and Community Health, the Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services) et avec la collaboration de quatre personnes en rétablissement dont la plupart sont des personnes de la diversité ethnoculturelle. La non-reconnaissance basée sur l'identité culturelle ou l'état de santé mentale, l'identification et la réduction des stéréotypes, les croyances culturelles sur la détresse, le recours à des traducteurs et à d'autres stratégies pour répondre aux besoins linguistiques des utilisateurs de services furent les aspects abordés.

Les participant-e-s à la formation ont mentionné avoir amélioré la prise de conscience de leur sensibilité culturelle, leurs connaissances d'autres cultures et leurs compétences culturelles. Quant à la compétence culturelle organisationnelle, elle a été évaluée à partir du sondage *Organizational Multicultural Competence Survey* de Delphin-Rittmon et collab. (2016), avant et après la formation des prestataires. Les 33 critères de ce sondage mesurent six dimensions d'une organisation culturellement compétente : 1) gouvernance, politiques et procédures, 2) évaluation et contrôle de la qualité, 3) développement des ressources

humaines, 4) prestation de services, 5) langue et communication et 6) relations communautaires. Des changements organisationnels ont été apportés suivant cette formation, dont l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de compétence culturelle, la création d'un comité de compétence culturelle, l'analyse continue de la composition démographique du personnel et des usager·ère·s, une évaluation de la satisfaction des usager·ère·s, le déploiement de stratégies de recrutement de personnes d'origines ethnoculturelles variées, et la mise en œuvre d'une variété de services et de technologies afin de répondre aux besoins des usager·ère·s.

Dans la même foulée, le développement de compétences interculturelles, par la connaissance de soi et l'intérêt à comprendre le système de pensée de l'autre (attitude réflexive) (Alvarez et collab., 2014, Bationo et collab., 2017), aurait permis aux intervenant·e·s de: reconnaître l'hétérogénéité au sein d'une même communauté ethnoculturelle; prendre conscience de leurs propres préjugés et de lutter contre eux; prendre connaissance des facteurs sociaux, politiques et économiques associés à l'immigration (p. ex., les effets de la pauvreté et des conditions d'habitation sur la santé, les difficultés liées au statut de réfugié ou d'immigrant); l'influence des différences de classes sociales qui existent souvent entre l'usager·ère et l'intervenant·e; posséder des habiletés en matière de communication (Bationo et collab., 2017). Le développement de compétences interculturelles peut viser par exemple la capacité à travailler avec des médiateur·trice·s culturel·le·s ainsi qu'avec des interprètes (McGarry et collab., 2018; Xavier et collab., 2021). Des connaissances techniques peuvent également être nécessaires, par exemple l'utilisation des services téléphoniques et d'applications de traduction (Valdez et collab., 2011).

Les résultats de plusieurs études indiquent que les formations de base sur les approches sensibles à la culture et les soins interculturels tenant compte des traumatismes devraient être offertes aux clinicien·ne·s et aux professionnel·le·s de proximité en santé mentale (Im et collab., 2021, Valdez et collab., 2011, Xavier et collab., 2021). Par exemple, le programme de certificat de navigateur·trice culturel·le aiderait à préparer une main-d'œuvre compétente sur le plan culturel et linguistique pour offrir des soins tenant compte des traumatismes dans le cadre de la réinstallation des personnes avec un statut de réfugié (Im et collab., 2021).

Plusieurs membres du comité de suivi ont proposé un ajout à la formation sur les compétences culturelles dans un contexte de relation d'aide en santé mentale. À cet effet, les explications fournies par des personnes de la diversité ethnoculturelle sur leurs problèmes de santé mentale selon leurs croyances pourraient être intégrées à cette formation. Dans cette optique, parmi les formations offertes au Québec figure celle du [Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeuses d'asile](#) (CERDA) qui propose des produits de mobilisation des connaissances et des outils de soutien à la pratique des intervenants. Par ailleurs, le PRAIDA a développé et anime des séances sur la sensibilisation aux trajectoires des personnes demandeuses d'asile.

Il existe également des formations que les intervenant·e·s du RSSS peuvent suivre par l'entremise de la plateforme ENA provinciale. Cependant, des participant·e·s aux groupes de discussion ont mentionné plusieurs limites de ces formations. Par exemple, elles ne sont pas toutes obligatoires, ce qui peut limiter leur portée dans la mesure où elles ne rejoignent que les personnes curieuses et intéressées à apprendre sur le sujet et à adapter leurs interventions.

Plusieurs participant·e·s aux groupes de discussion connaissent également la formation sur les interventions auprès des personnes de la diversité ethnoculturelle qui a été mise sur pied par l'IU-SHERPA. Selon ces participant·e·s, cette formation sur l'approche interculturelle se limite surtout à la sensibilisation à la différence culturelle et à la prise de conscience de ses propres biais. Une meilleure compréhension des réalités culturelles serait souhaitable, disent-ils et elles.

Enfin, des participant·e·s à un groupe de discussion suggèrent que l'offre de cours de langues du Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) pour les organismes communautaires en immigration soit étendue au RSSS afin que les intervenant·e·s qui le souhaitent puissent communiquer dans la langue de leurs usager·ère·s. Plusieurs membres du comité de suivi ont aussi exprimé l'importance de former les intervenant·e·s à travailler avec des interprètes.

5.2.2.3 Ressources matérielles et financières

5.2.2.3.1 Disponibilité de matériel d'informations adapté

Une documentation disponible dans la langue des personnes de la diversité ethnoculturelle et adaptée à leur niveau de connaissances sur leur état de santé peut faciliter l'accessibilité des soins et services en santé mentale (Healey et collab., 2017; McGarry et collab., 2018; Nadeau et collab., 2014; Priebe et collab., 2011; Riza et collab., 2020; Westhues et collab., 2010). Par exemple, une organisation peut rendre disponible dans les langues parlées par la population du territoire une description des services et des programmes offerts, des ressources éducatives, ainsi que des instructions téléphoniques (Holden et collab., 2014). Cette information adaptée et traduite pour les personnes immigrantes nouvellement arrivées peut prendre la forme de pamphlets (Priebe et collab., 2011). Bien que l'objectif vise à faire connaître les services disponibles et d'offrir les traitements appropriés, le niveau de littératie de ces personnes devrait être pris en considération afin de leur permettre une meilleure compréhension de ces informations (Priebe et collab., 2011).

Plusieurs auteur·trice·s insistent sur l'importance que cette documentation soit disponible à des endroits stratégiques. Du matériel promotionnel ciblé pour les personnes réfugiées peut, par exemple, être diffusé par l'entremise d'une télévision dans une salle d'attente d'une clinique communautaire (Harding et collab., 2015). Des brochures peuvent être disponibles dans des centres de santé familiale, après avoir été évaluées par des membres du personnel et des usager·ère·s de services de santé dans la communauté. (Kim et collab., 2002)

Un autre type de stratégie d'adaptation culturelle est celle identifiée par Healey et collab. (2017). Ces auteur·trice·s ont repéré une étude sur un roman-photo (*fotonovela*) culturellement adapté et visant à améliorer les connaissances sur la dépression et à réduire la stigmatisation des participant·e·s à cette étude (Unger et collab., 2013 cité dans Healey et collab., 2017). La diffusion de ce photo-roman a permis de réduire significativement la stigmatisation autour des antidépresseurs ($p < 0,05$) et la stigmatisation des soins de santé mentale ($p = < 0,05$). Cela a aussi permis d'améliorer significativement la connaissance des participant·e·s à l'étude sur la dépression ($p < 0,05$). Toutefois, aucune différence significative n'a été observée entre la brochure standard et cette intervention quant à l'auto-efficacité des participant·e·s à identifier la dépression ou la volonté de demander de l'aide ($p > 0,05$) (Unger et collab., 2013 cité dans Healey et collab., 2017).

Selon des participant·e·s aux groupes de discussion du CEMTL, le matériel pédagogique n'est pas toujours traduit dans les deux langues officielles. Cette situation fait en sorte que certain·e·s intervenant·e·s traduisent eux-mêmes les documents ou consultent l'Internet à cette fin et valident la traduction auprès de leurs collègues bilingues. Cela dit, le temps pris à cet effet rallonge la durée des suivis avec les usager·ère·s. Par ailleurs, d'après ces mêmes participant·e·s, la traduction du matériel dans un langage clair et simple devrait être privilégiée. Par exemple, une intervenante explique qu'outre la traduction de ces outils, elle utilise des pictogrammes et des graphiques afin de rendre plus compréhensible comment fonctionne le système de santé et les démarches à suivre pour accéder aux services. Elle dit s'inspirer

d'outils qu'elle trouve en ligne (sur le web). Une autre intervenante propose l'utilisation d'une brochure du MIFI qui contient des informations sur les services disponibles pour les personnes immigrantes nouvellement arrivées. Selon elle, le contenu de cette brochure pourrait être révisé et mis à jour.

D'autres participant-e-s aux groupes de discussion situent davantage leur priorité au niveau du nombre de suivis à effectuer et de la liste d'attente. Ils et elles mentionnent n'utiliser que le matériel mis à leur disposition. Ces personnes ajoutent que pour certains programmes, l'affichage doit être préautorisé ou budgété. Si aucun budget n'est prévu pour la traduction, la publicité ou la visibilité d'un programme s'en trouve d'autant limitée. De plus, advenant qu'un programme ne soit offert qu'en français, sa diffusion en plusieurs langues est aussi limitée. Cependant, à la demande des participant-e-s de ce programme, ou lorsque l'intervenant-e qui l'offre juge que la compréhension limitée du français par les participant-e-s en limite l'accès, un tel programme peut être offert dans une autre langue que le français¹⁸.

5.2.2.3.2 Budget distinct pour les activités, opérations, actions et formations visant l'adaptation culturelle des services de proximité en santé mentale

Afin d'adapter culturellement ses services, une organisation peut prévoir un budget spécifique pour des activités, des opérations et des actions à cette fin (Healey et collab., 2017).

L'attribution de ressources financières spécifiques est l'une des pratiques exemplaires dans le domaine de la santé mentale (Riza et collab., 2020). Certains auteur-trice-s considèrent que des ressources ou du soutien supplémentaires pour un service ou une ressource spécifique sont nécessaires pour adapter culturellement les services (Healey et collab., 2017). Par exemple, une organisation peut prévoir un budget distinct ou réservé pour les activités reliées aux compétences culturelles (Siegel et collab., 2003), pour une offre de services culturellement adaptée (Nadeau et collab., 2014), ou pour des activités qui tiennent compte de la diversité culturelle et linguistique (Westhues et collab., 2010).

Dans le même ordre d'idées, selon Battaglini et collab. (2007), des ressources financières et du soutien administratif devraient être alloués pour garantir et faciliter l'accès rapide à des interprètes et à des médiateur-trice-s interculturel-le-s chaque fois que cela est nécessaire. Les gestionnaires consulté-e-s dans cette étude soulèvent que l'adaptation culturelle des services entraîne une augmentation considérable de leurs coûts, ce qui n'est pas pris en compte lors de l'attribution des budgets, puisqu'identiques pour tous les CLSC peu importe la diversité culturelle des populations desservies. En conclusion, les résultats de cette étude laissent présager que l'attribution de ressources financières spécifiques aux services, aux activités et aux formations, et qui tiendrait compte des particularités des personnes de la diversité ethnoculturelle, faciliterait le travail des professionnel-le-s de la santé dans leur démarche visant à répondre aux besoins de ces populations.

D'ailleurs, dans le contexte québécois, bien que des mesures peuvent être mises en place afin de rendre disponibles du matériel d'affichage et des procédures traduites en différentes langues pour la population de la diversité ethnoculturelle, présentement aucun montant financier n'est alloué au CEMTL et au CCOMTL pour la traduction multilingue du matériel pédagogique et visuel. Selon une informatrice clé, les budgets spécifiques se présentent sous la forme de projets-pilotes ou de « fond de tiroir » et il arrive que des organismes communautaires soutiennent les usagers en assurant la traduction multilingue de documents, sans pour autant bénéficier d'une redevance monétaire à cet effet.

¹⁸ « Dans tous ces cas, lorsqu'une exception permet une communication dans une autre langue que le français, l'organisme doit toujours s'assurer de la volonté de son interlocuteur d'obtenir la communication dans une autre langue que le français. Lorsque les circonstances s'y prêtent, l'intervenant demande à la personne immigrante si elle peut être accompagnée de quelqu'un qui peut faciliter la conversation ou avoir recours aux services d'interprétariat. » (MSSS, 2024a, p. 8)

De plus, selon certain·e·s participant·e·s aux groupes de discussion, à l'heure actuelle, certains établissements hospitaliers disposent d'un budget pour des services d'interprétariat (IC1). Les chef·fe·s d'équipe disposeraient de budgets assez flexibles qui pourraient répondre aux besoins de leurs employé·e·s. Si la haute direction des établissements de santé vise réellement à adapter culturellement les services, plusieurs considèrent que cela devrait se traduire concrètement : outre des lignes budgétaires, des directives claires sur l'adaptation culturelle des services de la part de la haute direction et un espace de discussion alloué aux intervenant·e·s à même leur horaire de travail afin d'échanger sur les enjeux d'interculturalité devraient être convenus.

5.2.3 Initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services et à susciter leur engagement à cet égard

5.2.3.1 Activités de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale et les soins et services

L'amélioration des connaissances des personnes de la diversité ethnoculturelle sur les problèmes de santé mentale serait essentielle afin de s'assurer qu'elles savent reconnaître les symptômes qui y sont associés et le moment où aller chercher de l'aide (Riza et collab., 2020). Pour ce faire, selon Westhues et collab. (2010), parmi les critères des pratiques organisationnelles sensibles à la culture figurent le développement de liens avec des leaders des communautés religieuses, culturelles, et linguistiques.

Selon Williams et collab. (2014), cette démarche peut passer par la diffusion d'informations sur la santé mentale par des dirigeant·e·s ou des leaders des communautés religieuses à leurs fidèles. Par exemple, au New Jersey, le programme [*Promoting Emotional Wellness and Spirituality \(PEWS\)*](#) vise à éduquer le clergé de la communauté afrodescendante sur les signes et les symptômes de la dépression, à réduire la stigmatisation associée à la dépression, à promouvoir la recherche de traitements pour la dépression et à orienter les personnes de la diversité ethnoculturelle vers des professionnel·le·s en santé mentale. L'implantation du programme PEWS dans les milieux de cultes a été réalisée par un comité consultatif constitué de trois leaders religieux, un autre leader en provenance de services en santé mentale, un citoyen, et quatre prestataires de services en santé mentale. Ce comité a organisé en 2007-2008 des conférences qui ont attiré plus de 400 participant·e·s. Ces conférences ont permis de rassembler des professionnel·le·s en santé mentale ainsi que des leaders de différentes allégeances religieuses et de mettre en évidence leurs rôles respectifs à l'égard des soins offerts en santé mentale auprès de fidèles afrodescendant·e·s. Ces conférences ont également facilité le développement des relations du clergé avec les professionnel·le·s en santé mentale, et ont contribué à la création d'un réseau fiable de références vers les services ainsi qu'à l'élaboration d'un programme de formation pour le clergé et les fidèles de la communauté.

Dans cette foulée, Teng et Friedman (2009 cité dans Lee-Tauler et collab., 2018) mentionnent une intervention offerte en mandarin dans une église dans le but de sensibiliser davantage ses fidèles d'origine chinoise aux problèmes de santé mentale et à les informer de la disponibilité de services de santé de proximité. Cette intervention aurait amélioré significativement l'attitude de ces fidèles à l'égard du traitement de la dépression. La motivation à chercher de l'aide auprès de professionnel·le·s en santé mentale aurait augmentée significativement parmi les fidèles de cette église. Cependant, aucune différence n'a été observée quant au fait de chercher de l'aide auprès d'un·e médecin généraliste ou d'un·e conseiller·ère spirituel·le.

Par ailleurs, une stratégie identifiée par Muvuka et collab. (2020) à Louisville (Kentucky, É-U) a consisté en une campagne d'information culturellement adaptée et conçue pour mieux orienter les personnes de la diversité ethnoculturelle vers les services de santé mentale dans le but d'augmenter l'utilisation de ces services par celles-ci. Cette campagne regroupait divers partenaires dans la communauté (organismes communautaires, universités, services de santé de proximité, représentant·e·s de l'église locale).

Parmi les résultats de cette campagne d'information, les auteurs et autrices de l'étude ont observé qu'en comparaison avec l'année précédente, aucun appel téléphonique pour un problème de santé mentale n'a eu lieu pendant la campagne de promotion et une augmentation des recherches sur la santé mentale sur la page web de ce service a été constatée. De plus, le nombre de patient·e·s évalué·e·s pour une dépression a augmenté.

De cet événement, les organisateur·trice·s ont tiré plusieurs leçons (Muvuka et collab., 2020) :

- ▶ Augmenter le nombre de messages adressés à la population et le nombre de canaux de communication (p. ex., engager un·e spécialiste des médias sociaux) pour s'assurer d'atteindre la cible;
- ▶ Travailler de concert avec les professionnels·le·s en santé mentale pour obtenir des données permettant d'évaluer la campagne d'information;
- ▶ Prendre des mesures pré et post intervention sur la compréhension des messages portant sur la dépression auprès d'un échantillon du public cible;
- ▶ Limiter le nombre de démarches à faire sur le site web pour que les utilisateur·trice·s soient plus rapidement informé·e·s sur la campagne, et d'une manière plus simple;
- ▶ Engager de meilleures relations avec les responsables des lieux de culte pour assurer leur participation à la campagne;
- ▶ S'assurer que la population cible est adéquatement représentée et impliquée dans le développement, l'implantation et l'évaluation de la campagne de promotion.

Une autre manière de rejoindre les communautés ethnoculturelles consiste à donner des conférences sur les soins et services de santé de proximité en santé mentale qui sont disponibles pour celles-ci. À ce sujet, Jung et Aguilar (2016) relatent un événement (*Central Texas African American Family Support Conference*) qui s'est déroulé pendant deux jours, et dont le but visait : 1) à sensibiliser des personnes afro-américain·e·s de la disponibilité de divers types de soins et de services en santé mentale et, 2) à réduire la stigmatisation et les disparités en matière de santé mentale.

Afin de faciliter la participation des jeunes et leurs familles, les organisateurs ont établi des collaborations avec le milieu scolaire, un centre d'emploi pour les jeunes et un programme de traitement résidentiel pour jeunes délinquants (Jung et Aguilar, 2016)¹⁹.

Les organisateur·trice·s de l'événement, composé·e·s de divers partenaires du milieu communautaire (milieu scolaire, protection de la jeunesse, établissements de santé de proximité, etc.), se sont engagés dans une démarche de promotion et de sensibilisation à la santé mentale par l'entremise de conférences offertes par des conférencier·ère·s issu·e·s de la même communauté ethnoculturelle que les participant·e·s. Ces conférences ont donné lieu à des discussions ouvertes et à un réseautage entre les participant·e·s. À la suite de cet événement, certain·e·s d'entre eux ou elles ont mentionné que cela leur avait permis de connaître les ressources locales en santé mentale et les professionnel·le·s qui pourraient répondre à leurs besoins.

Dans le même ordre d'idées, le développement de collaborations avec les centres jeunesse, les écoles secondaires, les cégeps et les universités peut également s'avérer judicieux pour rejoindre les jeunes. Par exemple, une des informatrices clés de la présente évaluation a souligné que la participation des jeunes à des panels et à des conférences peut les amener à être plus à l'aise pour poser des questions, discuter et s'exprimer sur le sujet (IC3). Plusieurs jeunes lui auraient mentionné qu'ils souhaitaient savoir comment aider leurs proches (famille, ami·e·s) qui vivent des enjeux de santé mentale, et qui se montrent peu ouverts à recevoir des soins.

Afin de rendre les interventions à la fois accessibles et acceptables pour des fidèles de descendance africaine au Royaume-Uni, Codjoe et collab. (2021) proposent le recours à des champion·ne·s reconnu·e·s pour leur leadership et qui leur adresseraient des messages sur la santé mentale. L'inclusion de champion·ne·s dans des réseaux locaux communautaires permettrait ainsi de rejoindre des communautés ethnoculturelles moins visibles dans l'espace public. Dans cette foulée, Scribner et collab. (2020) décrivent l'alliance établie entre des services de proximité en santé mentale et des congrégations religieuses autour du programme *Bridges to Care and Recovery* (BCR). Ce programme vise à répondre aux problèmes de santé mentale de fidèles afrodescendant·e·s à Saint-Louis au Missouri (É-U). Pour y arriver, ce programme mise sur la formation de champion·ne·s du bien-être (*wellness champions*). Chaque église participante désigne deux ou trois champion·ne·s du bien-être qui participent à une formation d'une durée de 19 heures et répartie sur une période de huit mois. Cette formation, qui porte sur les premiers soins en santé mentale et sur divers sujets (santé physique, drogues, accompagnement au deuil, etc.) aurait permis au personnel des églises (bénévoles, prêtres, etc.) d'améliorer leurs connaissances sur les problèmes de santé mentale. Dans les églises participantes, ces champion·ne·s apportent leur soutien à leurs pairs, en les sensibilisant aux problèmes de santé mentale et sur l'aide disponible en cas de besoin, réduisant ainsi la stigmatisation au sein de leur communauté religieuse.

Parmi les activités de promotion des services disponibles pour les personnes de la diversité ethnoculturelle, celles visant à aller à leur rencontre dans les lieux de culte qu'elles fréquentent sont couramment inscrites à l'agenda d'intervenant·e·s des services de proximité en santé mentale. Une intervenante explique qu'elle s'y rend « parce que c'est leur filet de sûreté à eux » (GD1, CCOMTL). Dans le même ordre d'idée, une informatrice clé considère qu'il serait judicieux de s'adresser aux leaders de ces communautés religieuses afin de présenter l'offre de services en santé mentale, dans le cas où ils seraient témoins d'une personne qui aurait besoin d'une aide particulière, tout en soulignant le rôle important qu'ils jouent auprès de leur communauté. Une intervenante du CEMTL a mentionné connaître une église qui reçoit

¹⁹ Les résultats portant plus spécifiquement sur les jeunes sont présentés dans des encadrés de manière à les distinguer des résultats portant sur la population adulte.

plusieurs personnes demandeuses d'asile et dont les prêtres avaient besoin de davantage d'informations sur la santé.

Par ailleurs, dans le cadre de ce programme, l'obtention d'une subvention gouvernementale a permis d'embaucher un·e agent·e d'interface communautaire (*community connector*). Véritable agent·e de liaison entre les membres de la communauté afrodescendants atteints d'un problème de santé mentale et les services de santé, cette personne identifie les ressources de santé mentale et les ressources communautaires disponibles pour les personnes malades, maintient un contact avec elles et les accompagne à leur premier rendez-vous dans l'une ou l'autre de ces ressources. Les champion·ne·s et les agent·es de liaison contribuent à solidifier les liens entre les églises, et leurs fidèles, les organismes communautaires et les services de santé mentale de proximité en santé mentale (Scribner et collab., 2020).

En cinq ans, ce programme a permis d'orienter environ 400 personnes vers des services de thérapie, dont 90 % étaient des personnes afrodescendantes. Environ 40 % d'entre elles n'étaient pas assurées et 95 % n'avaient jamais reçu de services de santé mentale. Des partenariats avec des agences ont permis d'offrir des thérapies gratuites à celles qui n'avaient pas d'autres options. Environ 200 personnes ont reçu un total de plus de 650 séances de thérapie sans frais. Grâce à ce programme, les usager·ère·s ont été orienté·e·s et ont utilisé les services de thérapie, avec un taux d'engagement de 95 %. Cet engagement serait lié à la confiance établie entre l'agent·e et les individus de la communauté. Ces individus seraient ainsi plus susceptibles de respecter leur engagement et de se rendre à leur premier rendez-vous fixé par cet·te agent·e.

Dans leur étude, Corrigan et collab. (2012 et 2014, cité dans Sharma et collab., 2022) suggèrent que les établissements de santé et les dirigeants d'organismes communautaires proposent aux personnes de la diversité ethnoculturelle des séances d'information sous la forme d'ateliers qui seraient offerts dans la communauté et qui porteraient sur les problèmes de santé mentale, les symptômes associés, ainsi que sur la démarche à entreprendre pour obtenir des soins appropriés. L'étude suggère qu'une telle approche psychoéducatrice contribuerait à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale chez ces personnes et à leur faciliter l'accès aux services de santé mentale.

D'après les intervenant·e·s des services de proximité interrogé·e·s, la promotion des services de santé auprès des personnes de la diversité ethnoculturelle passe par une double démarche qui consiste, d'une part, à les informer des ressources disponibles et, d'autre part, à se montrer sensible aux différences culturelles de manière à favoriser l'utilisation de ces services par ces personnes. En conséquence, ces intervenant·e·s offrent à celles-ci des séances d'information sous la forme d'ateliers qui sont disponibles dans la communauté et où il est question de santé mentale :

« Honnêtement, c'est vraiment l'accessibilité aux ressources, les obtenir à faible coût, gratuitement aussi. Connaître où trouver ces ressources et aussi obtenir comme certaines tactiques en fait [...] Puis aussi un autre aspect, si parfois comme les jeunes, ce n'est pas nécessairement eux qui subissent les enjeux de santé mentale, mais ça peut être un membre de leur famille, un ami qui leur est proche, qui subit quelque chose, mais ils ne savent pas comment les aider. Donc ça aussi, ça fait quelque chose qui était revenu, donc comment on parle à une personne qui a des enjeux de santé mentale. Si nous on est une personne qui est ouverte à aller en thérapie, la personne qui a des enjeux en santé mentale bénéficierait de ça, mais elle n'est pas ouverte à vouloir se faire soigner, comment je peux aider cette personne-là ? Comment je peux lui apporter un soutien ? » (IC3)

Les démarches entreprises par les intervenant·e·s des services de proximité pour faire connaître les soins et services de santé mentale disponibles pour les personnes de la diversité ethnoculturelle correspondent à ce que Wrenn et collab. (2017) identifient comme étant une implication active de la part de ces intervenant·e·s. Celle-ci peut prendre différentes formes : participation à des expositions ou des salons sur la santé, à des événements religieux ou à des séances d'information offertes dans des centres communautaires. Les résultats obtenus dans leur étude indiquent que la participation d'intervenant·e·s à ces activités ferait en sorte que les personnes de la diversité ethnoculturelle se montrent plus enclines à communiquer et à discuter de santé mentale avec ces intervenant·e·s. Les interactions entre ces intervenant·e·s et les personnes de la diversité ethnoculturelle permettraient d'établir une relation de confiance et s'avèreraient une précieuse source d'informations pour les prestataires de soins et de services (Wrenn et collab., 2017).

C'est aussi par l'entremise de conférences et par la participation à des événements de sensibilisation à la santé mentale que s'effectue la publicisation des services offerts par des organismes communautaires pour les personnes de la diversité ethnoculturelle à Montréal :

« On va se présenter dans tous les événements, là où il y a possibilité de faire connaître [nom de l'organisme] : *les salons, les kiosques, les activités, dans les écoles de francisation par exemple, on essaie d'avoir un kiosque [...] Je pense qu'on se fait connaître comme ça, mais aussi le bouche-à-oreille fonctionne énormément* ». (GD1, CEMTL)

Certains programmes sont également offerts par des organismes communautaires pour répondre spécifiquement aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle. En voici des exemples :

- ▶ Un atelier sur la sensibilisation aux problèmes de santé mentale ;
- ▶ Un atelier sur la situation post-migratoire, plus précisément sur les défis à relever pour les nouveaux ou nouvelles arrivant·e·s (p. ex., s'engager dans une démarche de recherche d'aide);
- ▶ Un projet qui offre aux femmes immigrantes des informations sur la violence conjugale (incluant les impacts sur la santé mentale) et sur les ressources existantes ;
- ▶ Un atelier où l'on informe et oriente ces personnes vers des ressources de soutien : le service téléphonique 211 (Centre de référence du grand Montréal), le service téléphonique 811 (Info-Santé), les coordonnées des CLSC (guichet d'accès aux médecins de famille, aux intervenant·e·s, etc.).

5.2.3.2 Informer les personnes de la diversité ethnoculturelle au moyen de différents outils

Pour mieux faire connaître les services de santé disponibles auprès des personnes de la diversité ethnoculturelle, différents outils et des stratégies de diffusion de l'information ont été mentionnés autant dans la littérature que par les intervenant·e·s interrogé·e·s dans le cadre de cette évaluation. Pour ce qui est de la littérature, l'étude de Muvuka et collab. (2020) sur une campagne d'information fait état de messages publicitaires diffusés à l'intérieur des autobus, sur le web, dans les médias sociaux, à la radio et dans divers lieux publics. Certains membres impliqués dans cette campagne ont aussi engagé la conversation avec le public dans les épiceries où ils ont distribué des sacs contenant les messages

de la campagne. Cette campagne d'information fut le fruit d'une approche collaborative sur le plan des connaissances, de l'utilisation de l'expertise de la communauté locale et des compétences en matière de recherche pour cocréer des messages, du matériel et des stratégies de diffusion.

La méconnaissance des services de santé mentale de proximité en santé mentale sur le territoire montréalais peut aussi poser un problème particulier chez les jeunes gens en quête d'un soutien pour leur problème de santé mentale. Parfois, ces derniers désirent obtenir un service dans le respect de la confidentialité, c'est-à-dire sans devoir obtenir le consentement de leurs parents et cela, tout en ignorant si ce service est gratuit ou non. Dans ce contexte, un service qui vise à les rejoindre là où se tiennent ces jeunes gens leur conviendrait davantage, comme c'est le cas pour les deux modèles déjà mentionnés, ainsi que celui offert par un organisme communautaire qui offre des services en ligne pour les jeunes immigrant·e·s vivant un problème de santé mentale.

Selon une informatrice clé d'un organisme communautaire, c'est surtout par l'entremise de messages diffusés sur les réseaux sociaux qu'elle rejoint les jeunes des communautés ethnoculturelles vivant un problème de santé mentale. À ce sujet, une collaboration entre divers organismes communautaires a mené à la création d'une vidéo intégrant les points de vue de jeunes gens à ce sujet :

« Par après, on a fait quelques projets vidéo où les jeunes allaient s'exprimer un peu plus par rapport à la santé mentale par rapport à leurs expériences vécues. Donc avec nous, on a fait des analyses *un peu plus poussées pour comprendre un peu le non-dit, comprendre un peu leur contexte culturel, comprendre un peu par rapport à leurs histoires qu'ils avaient vécues, ce qu'ils auraient plus besoin. C'est une autre façon* ». (IC3)

Selon cette même informatrice clé, un répertoire (liste) de ressources en santé mentale combiné aux références dont disposent les partenaires de cet organisme communautaire peut également servir à rejoindre les jeunes de la diversité ethnoculturelle et à les orienter vers l'une ou l'autre de ces ressources :

« Je sais qu'il y avait une liste *sur [nom d'un site Internet] à l'époque qui fournissait en fait les noms de psychologues, thérapeutes, psychiatres, conseillers en santé mentale qui œuvraient un peu dans la communauté, à Montréal, et dans ses alentours. On a pris cette liste-là, on l'a peaufiné puis remise à jour. Ensuite, il y a d'autres organismes aussi qui œuvrent dans la santé mentale dans notre comité [...] On va regarder sur leur site, on est en contact avec eux. [...] Donc, on a eu des collaborations avec les centres jeunesse à Montréal, parfois aussi dans le milieu scolaire, donc autant les cégeps que les universités et les écoles secondaires* ». (IC3)

Outre l'utilisation d'outils publicitaires ou des réseaux sociaux, une intervenante mentionne, pour sa part, avoir reçu une trousse d'information rédigée dans les deux langues officielles lors de son passage à la frontière, une fois rendue en sol québécois. Elle déplore que cette trousse ne soit pas disponible à l'aéroport de Montréal. Selon elle, des pamphlets d'information multilingues sur les services de santé qui seraient déposés dans des lieux adéquats (aéroports, magasins, organismes communautaires, CLSC, etc.) permettraient de mieux renseigner les personnes immigrantes dès leur arrivée à Montréal.

« Aussi il faut se mettre à la place des gens [...] C'est trop d'informations pour des parcours migratoires intenses avec des traumatismes, avec des frustrations. Alors c'est des *choses simples dans plusieurs langues, distribuées dès l'arrivée, sinon après dans des endroits accessibles. Ça pourrait aider [...] Tu sais, ceux qui s'occupent des demandeurs d'asile, ils font un très bel outil, on l'utilise. [...] Donc parfois, il y a des pratiques qui existent et qui fonctionnent, peut-être ça pourrait se généraliser* ». (GD1, CEMTL).

« Moi j'adapte comme mes outils dans la langue, dans lequel on donne le service par exemple, ou je vais utiliser les pictogrammes pour que ça soit plus compréhensible ou simplifié par des... Comment on disait... Flowchart. Je ne sais pas comment on dit ça en français, pour qu'il comprenne mieux le système et la démarche. Les outils pour... des outils qui sont comme disponibles ou on s'inspire des outils qui sont utilisés ailleurs. Donc je veux juste traduire où. Par exemple, quand j'animais les groupes, je traduais le matériel pour donner... pour au moins que la personne ne se sente pas comme à l'écart ou comme rejetée par le groupe. Donc on a juste traduit. Je traduis le matériel, ou je vais valider. Par exemple, s'il y a un participant espagnol, je vais faire valider par un collègue qui parle espagnol, donc juste pour vérifier si je ne dis pas n'importe quoi, juste parce que je parle pas l'espagnol ». (GD1, CEMTL).

Il semble donc que la diversité des activités de sensibilisation et des outils de diffusion culturellement adaptés permet de rejoindre des publics d'âges différents, et possédant des niveaux de littératie variés, afin de rendre visibles les services de santé mentale disponibles au Québec.

5.2.4 Prestation de soins et de services culturellement adaptés

Les stratégies d'adaptation culturelle visant à répondre aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle se situent non seulement au niveau structurel d'une organisation, mais aussi au niveau de la prestation des services qu'elle offre. Sur ce point, la flexibilité et l'adaptabilité de la prestation des services de santé mentale, ainsi que la conscience des différentes normes culturelles sont au cœur des changements envisagés (Sashidharan, 2003).

5.2.4.1 Faire preuve de flexibilité dans l'espace: rapprocher les services des populations

L'emplacement des services de proximité en santé mentale peut ou non en favoriser l'accès pour les personnes de la diversité ethnoculturelle. En effet, la localisation de ces services (cliniques, centres de santé communautaires, etc.) au sein des quartiers habités par les communautés ethnoculturelles peut contribuer à résoudre les problèmes de transport et de rendez-vous vécus par ces dernières (Priebe et collab., 2011).

D'après l'étude de Stein et collab. (2014), certains établissements de santé offriraient même des coupons rabais pour le transport en commun ainsi que des places de stationnement gratuites pour leurs usager·ère·s. À partir d'une estimation à l'aide d'un modèle multiniveau, les auteur·rice·s de cette étude ont prédit des taux d'engagement dans les services selon les caractéristiques des cliniques communautaires de santé mentale. Les résultats indiquent que des coupons rabais pour le transport en commun (différence moyenne = -0,085, $p < 0,001$) et le stationnement gratuit (différence moyenne = -0,044, $p = 0,001$) sont associés à un engagement plus faible des usager·ère·s dans les services de santé mentale. Selon Stein et collab. (2014), ces résultats négatifs pourraient s'expliquer du fait que ces services sont utilisés par des personnes qui combinent différents types de problèmes de santé (dépendance, trouble de santé mentale chronique, itinérance). Toutefois, Stein et collab. (2014) ont constaté que si la clinique dispose d'un personnel qui va à la rencontre des usager·ère·s dans la communauté (*outreach*), la proportion de rendez-vous honorés par rapport aux rendez-vous programmés par l'entremise de rappels téléphoniques et de réorganisation de rendez-vous au besoin augmente de 3 %. Cette proportion diminue de 9 % lorsque les cliniques offrent des coupons de transport et de 4 % lorsqu'elles offrent un stationnement gratuit.

D'autre part, selon Nadeau et collab. (2014), la colocalisation des services de proximité et ceux dédiés à la santé mentale peut faciliter l'identification d'un établissement de santé par les personnes de la diversité ethnoculturelle et favoriser leur engagement dans les soins. De plus, les services de proximité en santé mentale peuvent être davantage perçus par les personnes de la diversité ethnoculturelle comme étant moins stigmatisants que de fréquenter, à la vue de tous·tes, les services spécialisés en santé mentale. Cela ferait en sorte de faciliter leur utilisation par ces personnes.

Pour les personnes de la diversité ethnoculturelle, accéder aux soins et aux services de santé mentale de proximité en santé mentale exige qu'elles puissent d'abord en connaître l'existence et les situer sur le territoire de la Ville de Montréal. Par la suite, le premier contact avec les services de santé peut se faire à distance ou sur place. En effet, pour les personnes qui disposent des ressources nécessaires, cette prise de contact initiale pourra se faire par l'entremise de l'Internet, depuis leur pays d'origine, afin de préparer leur arrivée au Québec. Une fois arrivé en sol québécois, l'accès aux services de santé mentale de proximité en santé mentale par les personnes de la diversité ethnoculturelle exige de leur part de se déplacer, ce qui ne se fait pas toujours aisément :

« Pour moi, personnellement, j'ai été sensibilisée par un médecin de famille d'aller consulter plus loin. J'ai eu des services d'une psychothérapeute au CLSC [nom du CLSC]. C'était pas du tout accommodant. Tout d'abord notre CLSC est [situé] sur la côte. Donc il faut monter la côte physiquement. Et pour les gens qui ont des problèmes de santé mentale, on sait que physiquement, c'est difficile. C'est sûr qu'on ne peut pas déplacer le CLSC, mais on pourrait déplacer les intervenants. Que les intervenants se déplacent dans les communautés, dans les endroits fréquentés par plus de gens ». (CdS).

La proposition émise par cette interlocutrice consiste donc à rapprocher les services de proximité en santé mentale des personnes de la diversité ethnoculturelle en misant sur les déplacements des intervenant·e·s dans la communauté (outreach) plutôt que l'inverse.

Deux exemples sont mentionnés par des participants aux groupes de discussion. D'une part, les services d'[Aire ouverte](#) où les lieux d'intervention (cafés, parcs, résidences, etc.) sont adaptés aux jeunes âgés de 12 à 25 ans. D'autre part, le [réseau des Éclaireurs](#), composé de personnes significatives ou d'intervenant·e·s formé·e·s en santé mentale qui se déplacent également dans la communauté pour aller vers les personnes vivant de la détresse psychologique.

Une autre démarche proposée par un·e autre intervenant·e (GD1, CCOMTL) consiste pour les intervenant·e·s à se familiariser avec certains référents socioculturels des personnes de la diversité ethnoculturelle. Par exemple, cela peut se faire en se rendant dans les lieux de culte qu'elles fréquentent afin de mieux comprendre leurs croyances religieuses en lien avec leurs représentations de la santé mentale. Cette suggestion est également mentionnée par une informatrice clé qui souligne que les lieux de culte sont couramment fréquentés par les personnes de la diversité ethnoculturelle plus âgées.

Concernant l'environnement physique des établissements de santé, Nadeau et collab. (2017) ainsi que Bentayeb et collab. (2022) soulèvent l'importance d'un environnement accueillant, sécuritaire et confortable pour les jeunes de familles immigrantes. De plus, l'accueil reçu de la part des personnes avec qui ces jeunes ont établi un premier contact dans le système de santé influencerait leurs sentiments par rapport aux services en général.

La création d'un environnement accueillant favoriserait le développement de relations de confiance à l'égard des services de santé chez ces jeunes, comme c'est le cas d'*Aire ouverte* où l'aménagement des lieux est adapté à leur profil. Offrir un espace de rencontre accueillant, spécialement aménagé pour mettre les personnes de la diversité ethnoculturelle à l'aise peut influencer leur utilisation des services. Par exemple, dans un organisme communautaire, la décoration des lieux fait en sorte que « *ce n'est pas comme l'établissement. C'est ça, on met des couleurs, on met, on rend ça un petit peu moins comme un établissement de santé [...] moins gênant, plus accueillant qu'un CLSC ou un hôpital* ». (GD1, CCOMTL)

Ainsi, les personnes de la diversité ethnoculturelle hésiteraient à se rendre dans les établissements de santé en raison du caractère plus ou moins accueillant de ceux-ci, et ce autant sur le plan physique que sur le plan humain. Par exemple, un interlocuteur d'un organisme communautaire qualifie l'environnement du CLSC comme étant « *très médical* » avec des files d'attente, une réceptionniste surchargée, et le peu de patience dont fait preuve le personnel. Cet interlocuteur compare ensuite cet environnement à celui offert par les organismes communautaires qu'il juge plus accueillant du fait que le nouvel arrivant peut « *se sentir chez soi* », bénéficier d'un préaccueil et d'une communication rapide entre les réceptionnistes et les intervenant·e·s au moment d'accueillir les personnes immigrantes. D'après cet interlocuteur, assigner un membre du personnel (pas nécessairement un·e professionnel·le de la santé) pour accueillir les personnes de la diversité ethnoculturelle favoriserait l'établissement d'un lien entre celle-ci et cette ressource de santé.

5.2.4.2 Faire preuve de flexibilité dans le temps : accommodements possibles

Si rapprocher physiquement les services de proximité en santé des communautés ethnoculturelles représente une stratégie favorisant leur accès et leur utilisation par celles-ci, faire preuve de flexibilité à leur égard consiste également à les accommoder en se souciant de la temporalité des services offerts, c'est-à-dire en adaptant l'horaire des services et le temps consacré aux consultations.

Des membres d'organismes communautaires qui accueillent des personnes ayant immigré récemment parmi leurs usager·ère·s ont soulevé le problème, également vécu par la population en général, de l'accès aux services de santé publics pour consulter un médecin généraliste via le service téléphonique 811 (« Info-Santé ») ou sur Internet (« Clic Santé »). À cela s'ajoute le fait que ces personnes immigrantes ignorent souvent comment sont organisés les services de santé au Québec. Pouvoir contacter un organisme communautaire par l'entremise du téléphone ou d'un courriel, ou faire une demande de consultation par vidéoconférence devient alors une alternative possible pour ces personnes dans le but d'obtenir un service de santé. Cette démarche s'explique du fait que certaines d'entre elles ne sont pas encore suffisamment installées dans leurs nouveaux logements, ou bien en raison de leur horaire de travail qui ne concorde pas nécessairement avec les heures d'ouverture des services en santé mentale :

« Ça prend une flexibilité, ça prend parfois de faire les choses autrement, comme ils font peut-être en première ligne, dans les organismes communautaires, là où on prend les gens quand ils viennent, quand ils ont besoin. On est flexibles ». (IC1)

Ainsi, dans leur enquête visant à recueillir, par l'entremise d'entrevues téléphoniques, les perceptions d'informateur-trice-s clés sur des stratégies en vue de faciliter l'accès aux services de santé mentale en Californie pour les personnes de la diversité ethnoculturelle, Snowden et collab. (2006) rapportent que 42 % des coordonnateurs ayant été interrogés considèrent la prestation de services dans des heures et formats flexibles comme une stratégie efficace pour améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les membres de communautés ethnoculturelles. Par exemple, la présence d'un-e intervenant-e en soirée permettrait à ces personnes d'accéder aux services de santé en dehors de leurs heures de travail. Des rencontres en soirée pourraient aussi être organisées de manière à ce que les intervenant-e-s expliquent aux membres de communautés ethnoculturelles le fonctionnement des services de santé et comment adopter un mode de vie sain (Priebe et collab., 2011). De plus, l'ajout de plages horaires non réservées et prévues quotidiennement pour diminuer le temps d'attente des personnes qui se présentent sans rendez-vous démontrerait une certaine souplesse de la part d'une organisation de santé (Alvarez et collab., 2014; Battaglini et collab., 2005; Holden et collab., 2014).

Cela répondrait plus particulièrement aux attentes des jeunes (Nadeau et collab., 2017). Les services d'Aire ouverte offrent justement ce type de flexibilité :

« On a des plages horaires sans rendez-vous, où les jeunes peuvent juste se pointer. Mais je pense, c'est une chance qu'on a, parce que j'ai beaucoup d'amis qui sont en santé mentale jeunesse et adulte, puis c'est « back à back » les rencontres, puis ils n'ont même pas le temps-là ». (GD1, CCOMTL)

Ce type de flexibilité peut être offert en CLSC :

« Normalement on est 8 à 4, mais quand il y a des gens qui travaillent et la personne est disponible seulement à comme 6 h, donc on a là flexibilité des horaires, donc on peut rester pour faire des heures pour rattraper nos horaires plus tard ». (GD2, CCOMTL)

Par ailleurs, le temps alloué aux consultations pour des personnes de la diversité ethnoculturelle est souvent plus long en raison des barrières linguistiques, mais aussi de la méconnaissance des services et du fonctionnement du système de santé par ces personnes, ainsi que du recours éventuel à un interprète (Battaglini et collab., 2005). À cela s'ajoutent les problèmes d'incompréhension, la complexité des cas et le temps nécessaire aux intervenant-e-s pour établir un lien de confiance avec les usager-ère-s (Battaglini et collab., 2005; Bationo et collab., 2017; Priebe et collab., 2011). L'argument des coûts supplémentaires qu'engendrerait la durée des interventions et du travail de traduction trouve sa contrepartie du fait que prendre le temps nécessaire pour réaliser une évaluation et un suivi adéquat des personnes de la diversité ethnoculturelle serait plus économique à long terme (Raval, 2005).

Prendre le temps nécessaire pour orienter les personnes de la diversité ethnoculturelle de façon adéquate à travers les services contribue tout autant à *en faciliter l'accès*.

Selon une intervenante interrogée, la flexibilité dans la gestion des dossiers des personnes de la diversité ethnoculturelle représente aussi une autre manière d'adapter les services à celles-ci. Par exemple, éviter de s'en remettre au protocole de l'établissement de santé et de « fermer le dossier » si le personnel ne réussit pas à rejoindre l'usager-ère après deux ou trois appels pendant les heures d'ouverture. Ce peut être également de leur envoyer une lettre de rappel si ces personnes ne se présentent pas à une consultation. Sur ce point, assurer un suivi des personnes de la diversité ethnoculturelle permet aux

intervenant-e-s de maintenir la relation avec elles et ainsi de faciliter l'engagement de ces personnes dans les soins et les services offerts. En effet, le temps passé avec ces dernières peut faciliter cet engagement comme le précise une informatrice clé d'une clinique :

« Nous, on n'a pas de limite de temps. Jusqu'à maintenant c'est ce qui est à notre avantage de notre dispositif²⁰. Donc, on continue à suivre, à offrir le service tant et aussi longtemps que ça répond aux besoins de la famille et de l'intervenant, donc ce sont les deux ». (GD2)

Faire preuve de flexibilité dans le temps qui est consacré à ces personnes, notamment lors du suivi post-intervention, permet donc aux intervenant-e-s de gagner leur confiance au fil du temps. Encore faut-il que les conditions de travail le permettent :

« [...] Puis aussi la flexibilité dans la longueur du suivi. Tu sais, ça prend du temps pour certaines personnes... Tu sais les gens sans statut, avec qui j'ai travaillé, le système est tellement gros, puis contre eux. Ils ne vont pas nous faire confiance rapidement. Ça prend du temps, tu sais [à bâtir un lien de confiance] ». (GD1, CCOMTL)

« C'est la relation que vous [le milieu communautaire] créez... Mais c'est parce que vous avez un programme qui laisse cette latitude-là, tandis qu'un autre programme comme Santé mentale adulte, ils peuvent [avoir], je ne sais pas, 500 personnes sur la liste d'attente ». (GD1, CCOMTL)

5.2.4.3 L'interprétariat : l'entre-deux de la relation entre la personne de la diversité ethnoculturelle et l'intervenant-e

Selon McGarry et collab. (2018), un-e interprète est une personne qui supporte l'aspect linguistique de la communication en traduisant l'information discutée d'une langue à une autre. Afin de surmonter la barrière linguistique, le recours à des interprètes pour les personnes de la diversité ethnoculturelle qui ont une maîtrise limitée d'au moins une langue officielle est souvent l'option à considérer, à moins d'indisponibilité de ce service ou du budget pour en bénéficier (Brisset et collab., 2014; Nadeau et collab., 2017; Xavier et collab., 2021). La disponibilité de services d'interprètes pour les personnes qui préfèrent communiquer dans une autre langue que celle-s officielle-s peut être offerte par une organisation de santé qui désire accueillir ces personnes (Bationo et collab., 2017; Nadeau et collab., 2014; Sashidharan, 2003). Westhues et collab. (2010) envisagent même comme une pratique organisationnelle sensible à la culture le fait d'offrir une assistance linguistique qui serait disponible à tous les points de service, au-delà du premier contact au sein de l'organisation, pour les personnes dont la maîtrise d'au moins une langue officielle est limitée.

²⁰ Le terme « dispositif » fait ici référence à la structure du service (une équipe d'intervenants multidisciplinaires et d'origine ethnoculturelle diversifiée) et au mode d'intervention (p. ex., la même interlocutrice mentionne : « Ça c'est des groupes de thérapie, parce qu'on a un dispositif de groupe » (GD2).

5.2.4.3.1 Utilisation des services d'un·e interprète professionnel·le

En principe, les interprètes professionnel·le·s sont des personnes qui ont reçu une formation formelle en interprétation (Brisset et collab., 2014). Ils peuvent non seulement améliorer la communication, mais aussi assister à la prestation d'interventions psychosociales (p. ex., une psychothérapie) et à l'évaluation diagnostique des symptômes psychologiques (Kirmayer et collab., 2011).

Ces interprètes ont avantage à posséder un certain nombre de qualités dont disposent déjà les intervenant·e·s : de l'empathie, des compétences interpersonnelles, des connaissances sur les types d'interventions et un réseau de contacts professionnels. Idéalement, les candidat·e·s doivent avoir déjà connu le statut de réfugié·e ou de toute condition liée au statut d'immigrant·e récent·e, car cela faciliterait la compréhension du contexte culturel et du vécu des personnes de la diversité ethnoculturelle (Miller et collab., 2005). Aussi, ces interprètes devraient posséder une expérience de travail en santé mentale et partager diverses caractéristiques ethnoculturelles avec les personnes qu'ils et elles soutiennent. Cela dit, certaines familles immigrantes préféreraient les interprètes qui proviennent d'un pays autre que le leur, pour des raisons de confidentialité des informations personnelles (Raval, 2005).

Certains organismes vont faire un effort pour offrir un service téléphonique d'interprètes professionnel·le·s pour les langues non connues par leurs employé·e·s (Alvarez et collab., 2014). Aux dires de plusieurs intervenant·e·s interrogé·e·s, l'interprétariat semble une solution possible pour résoudre le problème de l'accès aux services pour les personnes de la diversité ethnoculturelle, de même qu'à leur utilisation et à l'engagement à l'égard de ces services. Par exemple, selon Brisset et collab. (2014), les personnes de la diversité ethnoculturelle sont plus susceptibles de respecter leurs rendez-vous et d'utiliser les services de santé mentale de proximité lorsqu'il y a un·e interprète, quel qu'il ou qu'elle soit. Dès leur premier contact avec un service de santé, la langue utilisée par ces personnes doit pouvoir être comprise par le personnel, sinon le recours à un·e interprète est requis. Pouvoir disposer d'un·e interprète faciliterait la relation entre l'intervenant·e et une personne de la diversité ethnoculturelle qui désire éviter d'être stigmatisée sur la base de sa langue parlée :

« La personne n'est pas nécessairement à l'aise ou elle a un niveau standard de français, mais elle n'est pas à l'aise de le dire, parce que souvent, dans certaines cultures, de dire qu'on ne maîtrise pas une langue, c'est comme si on perd la face qu'on ne s'est pas intégré. Donc, trouver des stratégies pour intégrer l'interprète, ça peut être gagnant ». (IC2)

Le recours à un·e interprète conviendrait donc aux personnes de la diversité ethnoculturelle qui peuvent dès lors utiliser une langue qu'elles maîtrisent pour exprimer non seulement leurs idées, mais aussi leurs sentiments :

« Par exemple, on a une très bonne interprète arabe, elle va traduire en arabe, mais souvent elle est tellement bonne cette madame-là, elle va traduire aussi certaines émotions. Elle va dire : Ça, je vais vous l'expliquer parce que ce n'est pas juste ce que j'ai traduit. Il y a d'autres choses qui ressortent qui font que la traduction est différente. Et puis ça apporte un plus, surtout en psychothérapie ». (IC2)

Selon les membres du comité de suivi, des services d'interprètes formels (professionnel·le·s) sont disponibles pour les intervenant·e·s du secteur public, soit par l'entremise de la Banque régionale d'interprètes, accessible via l'application [Jérôme +](#)²¹, ou bien par l'entremise de la compagnie [Keleny](#), ou encore le [Service d'Interprète d'Aide et de Référence aux Immigrants](#) qui est surtout utilisé dans le milieu communautaire; en général, les intervenant·e·s y recourent lorsqu'aucune autre alternative n'est possible.

Quelles sont ces autres alternatives ?

- 1) Une organisation peut construire sa propre banque d'interprètes bénévoles ayant signé des contrats de confidentialité. Cette démarche permet de recruter des personnes qui parlent différents dialectes utilisés dans un même pays (p. ex., en Afrique) quand il n'est pas possible de trouver un interprète professionnel ;
- 2) Il est aussi possible de recourir à des interprètes informel·le·s, tels que des membres de la famille. Cependant, ce n'est pas une stratégie recommandée par les intervenant·e·s surtout lorsqu'il s'agit de la santé mentale, car la dynamique des relations familiales risque de se détériorer suivant la divulgation d'informations personnelles (alternative détaillée au point suivant) ;
- 3) Pour les services de proximité en santé mentale qui ne disposent pas d'interprètes professionnel·le·s, la participation de collègues appartenant à des communautés ethnoculturelles est une autre option. Cependant, recourir à des collègues de travail qui partagent la même langue que les personnes de la diversité ethnoculturelle n'est pas toujours possible et soulève encore ici le problème de la confidentialité d'informations personnelles ;
- 4) L'utilisation d'outils de traduction tels que [Voyce](#) et [Google Voice](#) peut également servir à pallier les limites d'accès à l'interprétariat.

Premier point de contact pour les usager·ère·s de services de proximité en santé mentale, l'interprète peut leur faire comprendre l'utilité des services psychologiques et psychiatriques avec lesquels ils et elles ne sont pas familier·ère·s. Avant même que ces usager·ère·s rencontrent un·e thérapeute, l'interprète peut faciliter l'utilisation de ce type de services en leur exprimant de l'empathie et en développant une relation de confiance (Miller et collab., 2005).

L'interprète professionnel·le peut non seulement faciliter la communication entre un·e clinicien·ne et cette personne, mais aussi faire partie intégrante de l'alliance thérapeutique. Pour cela, l'interprète doit gagner la confiance du patient ou de la patiente, et celle du thérapeute. Certains interprètes ont recours à des proches des patient·e·s pour obtenir leur confiance. Par ailleurs, advenant que les interprètes connaissent la terminologie médicale et assurent la confidentialité des informations sur les patient·e·s, cela contribuerait à rassurer les clinicien·ne·s sur le rôle joué par ces interprètes (Priebe et collab., 2011). Les interprètes peuvent aider les clinicien·ne·s à comprendre l'expérience de l'usager·ère, avec ses spécificités culturelles (Kai, 2003 cité dans Kirmayer et collab., 2011). Encore faut-il que les clinicien·ne·s possèdent des habiletés communicationnelles et qu'ils ou qu'elles soient capables de travailler efficacement avec des interprètes (Bationo et collab., 2017). Pour cela, les clinicien·ne·s doivent considérer les interprètes comme des collègues de travail qui possèdent des compétences linguistiques et qui peuvent jouer d'autres rôles également : médiateur·trice interculturel·le, défenseur·euse des intérêts de l'utilisateur·trice des services, courtier·ère culturel·le, consultant·e culturel·le, etc. (Raval, 2005).

²¹ [Jérôme+](#) est un nouvel outil web qui permet aux établissements de faire des demandes de services d'interprétation et de traduction à la Banque interrégionale d'interprètes (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal).

Les intervenant-e-s ou les clinicien-ne-s devraient donc recevoir une formation sur les manières de travailler efficacement avec les interprètes²², les mérites et les limites du modèle relationnel, et sur l'attachement de la personne de la diversité ethnoculturelle à l'égard de l'intervenant-e et de l'interprète, etc. L'organisation de réunions régulières de mise au point entre les intervenant-e-s et les interprètes, dans le but de mieux comprendre les interventions et d'aborder avec ces derniers la nature et l'objectif de techniques thérapeutiques avant leur utilisation, permettrait aussi d'éviter toute confusion et d'améliorer l'efficacité des interprètes (Miller et collab., 2005).

Aussi, dans le but de mieux saisir les propos et les émotions des personnes de la diversité ethnoculturelle lors des interventions, et de respecter la confidentialité de leurs informations personnelles, une formation spécifique en santé mentale est suggérée pour les interprètes sollicités par le RSSS, selon l'avis d'informatrices clés (IC1). Selon ces dernières, cette formation devrait contenir un volet spécifique sur la santé mentale afin de mieux saisir la conception de la santé mentale des personnes de la diversité ethnoculturelle.

L'interprète doit également savoir où il se situe précisément au sein de la relation thérapeutique. Il arrive parfois que le rapport entre l'interprète et l'intervenant-e devienne problématique lorsque l'interprète « outrepassa son rôle en voulant adopter celui de l'intervenant-e » :

« Et à l'inverse, j'ai vu des interprètes limites intervenir à ma place, être très intrusifs notamment [...] tout le temps la même interprète, c'est facilitant, mais parfois aussi, c'est nuisible. Parce que l'interprète, parfois, ne se limite pas qu'à son rôle d'interprète, et va faire l'intervention par-dessus ce que nous on fait. Donc là, ça devient comme un peu compliqué ». (GD2, CEMTL)

« La collaboration entre l'interprète et l'intervenant-e reste [donc à] coconstruire ». (GD1, CEMTL)

S'il revient aux intervenant-e-s d'identifier les ressources linguistiques nécessaires pour communiquer avec les usager-ère-s, les gestionnaires des services devraient s'assurer de la disponibilité d'interprètes pour soutenir le travail des intervenant-e-s (Raval, 2005). Or, dans un article datant de 2005, Battaglini et collab. expliquent que l'utilisation d'interprètes est très variable dans les CLSC à Montréal, en raison des coûts trop élevés et de la complexité des procédures d'accès à un interprète. À ces difficultés s'ajoute le partage de l'information sur les usager-ère-s et la confidentialité. Battaglini et collab. mentionnent qu'au CLSC Côte-des-Neiges par exemple :

« Les interprètes sont disponibles sur place, même pour les suivis à long terme. Pour les services sans rendez-vous, les CLSC doivent trouver d'autres solutions (famille, autres intervenants, etc.). Les intervenants se sentent tous concernés par les coûts engendrés par l'utilisation d'interprètes. » (Battaglini et collab., 2005, p. 10).

²² Pour un exemple concret du déroulement du travail entre clinicien-ne-s et interprètes, voir Kirmayer (2011).

5.2.4.3.2 Utilisation d'interprètes informel·les ou *ad hoc*

Les interprètes informel·le·s ou *ad hoc* sont des personnes sans qualifications professionnelles en interprétariat, souvent un membre de la famille, un membre du personnel de la santé, un bénévole ou même un·e inconnu·e dans une salle d'attente, à qui l'on fait appel pour se faire comprendre dans notre langue d'origine (Brisset et collab., 2014). Le recours à ces personnes fait l'objet de points de vue opposés.

Pour certain·e·s, un soutien linguistique offert par un membre de la famille ou quelqu'un qui a la confiance d'une personne de la diversité ethnoculturelle assurerait que ce dernier soit bien entendu et compris (Priebe et collab., 2011). De plus, les personnes de la diversité ethnoculturelle seraient plus assidues à leur consultation avec un membre de la famille, un·e ami·e ou un·e interprète professionnel·le que lorsqu'il s'agit d'un interprète *ad hoc* de l'établissement qui traduit leurs paroles (Brisset et collab., 2014).

Pour d'autres, les alternatives aux interprètes informel·le·s comportent des risques. Par exemple, le recours à des membres de la famille peut engendrer un conflit intergénérationnel et nuire à la confidentialité des informations divulguées par les patient·e·s : « Pour les services sans rendez-vous, les CLSC doivent habituellement se rabattre sur des interprètes informel·le·s (famille, autres intervenants, etc.), ce qui pose parfois d'importants problèmes de confidentialité ». (Battaglini, 2005, p. 6). Faire appel à des intervenant·e·s pour la traduction soulève également le problème de l'utilisation des ressources :

« Il est aussi possible dans certaines circonstances de faire appel à un membre de la famille ou à un intervenant parlant la langue du client. Dans ce dernier cas, les avantages pour l'organisation sont très limités; le temps consacré par l'intervenant à l'interprétation l'empêche d'accomplir ses tâches habituelles. Il s'agit toutefois d'une alternative intéressante lorsqu'une personne allophone se présente sans rendez-vous » (Battaglini, 2007, p. 6).

Plusieurs études ont documenté les limites de l'intervention des professionnel·le·s de la santé (p. ex., les infirmier·ère·s) comme interprètes du fait qu'ils partagent souvent la position du médecin et, ce faisant, pourraient éviter de lui transmettre les doutes et les attentes des patient·e·s (Elderkin-Thompson, Silver et Waitzkin, 2001 cité dans Kirmayer et collab., 2011).

Aussi, selon Blake et collab., sauf dans les situations d'urgence où il n'y a pas d'alternatives, les membres de la famille ou des personnes non formées ne devraient pas être utilisés comme interprètes (Blake et collab., 2003 cité dans Kirmayer et collab., 2011). Enfin, selon Flores (2005) et Karliner et collab. (2007), le recours à des interprètes professionnel·le·s, plutôt qu'à des interprètes *ad hoc* améliorerait sensiblement la communication et contribuerait à réduire les disparités dans l'utilisation de services médicaux (Flores, 2005 ; Karliner et collab., 2007 cité dans Kirmayer, 2011).

Il existe certaines limites à recourir à l'interprétariat. Comme le souligne une informatrice clé, dans certains établissements de santé, des interventions de groupe constituées de participant·e·s de langues variées ne favorisent pas l'usage d'interprètes. Dans ce cas, l'offre de services est limitée aux personnes de la diversité ethnoculturelle qui parlent français, parfois l'anglais, et non pas à toute la population. De même, selon cette informatrice clé, l'intégration d'un·e interprète au sein d'une intervention n'est pas que positive pour les personnes concernées. D'une part, si l'interprète ne peut adopter le rôle d'un·e intervenant·e, il ne peut agir *de facto* en tant que médiateur·trice interculturel·le. D'autre part, selon un·e participant·e à un groupe de discussion, une relation conflictuelle peut se développer entre l'interprète et la famille d'une personne de la diversité ethnoculturelle en raison d'un conflit politique entre leurs pays respectifs, par exemple entre une personne de la diversité ethnoculturelle originaire de l'Ukraine et un interprète russe.

5.2.4.4 Intégration des spécificités ethnoculturelles dans l'offre de soins et de services

5.2.4.4.1 Adaptation des soins à la diversité culturelle et linguistique

Le critère de flexibilité peut s'appliquer aussi à l'offre de soins et de services en santé mentale (McGarry et collab., 2018). En effet, Sashidharan (2003) suggère qu'il est nécessaire que les soins soient flexibles, adaptés culturellement pour répondre aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle. D'ailleurs, alors que Riza et collab. (2020) considèrent les approches culturellement et linguistiquement sensibles comme de bonnes pratiques, Cherner et collab. (2014) et Delphin-Rittmon et collab. (2016) en font des standards de compétence culturelle.

Des soins culturellement adaptés permettraient aux personnes de la diversité ethnoculturelle de s'engager dans les traitements qui sont les plus appropriés pour elles (Im et collab. 2021). Ces soins adaptés impliquent des efforts de la part des prestataires des soins, dont :

- ▶ « Se renseigner sur les spécificités culturelles des personnes de la diversité ethnoculturelle qui utilisent les services pour apprendre les significations et les expressions des symptômes selon la culture de ces personnes;
- ▶ Apprendre comment ces symptômes se traduisent en termes de diagnostic et de traitement;
- ▶ Mettre en place un système de suivi et d'évaluation de la qualité des soins;
- ▶ Établir un mode de communication acceptable avec chaque patient et de résilience pour le rétablissement » (Kortmann, 2010 dans Im et collab., 2021, p. 350, trad. libre).

Il est possible, par exemple, que les personnes réfugiées aient vécu des traumatismes dans leurs parcours migratoires. Par conséquent, certains organismes communautaires offrent des programmes psychosociaux qui tiennent compte de ces traumatismes pour faciliter l'intégration de ces personnes dans la communauté. Comme le soulignent Im et collab. (2021) : « Ces organismes communautaires aident également à reconnaître les personnes réfugiées ayant des besoins en matière de santé mentale et à les orienter vers les services appropriés, ce qui permet un traitement précoce et la prévention des maladies mentales » (Im et collab., 2021, p.350, trad. libre).

5.2.4.4.2 Médiation interculturelle

Les composantes spécifiques des soins répondant aux besoins culturels (*culturally responsive care*) incluent aussi des professionnel·le·s en santé mentale appartenant au même groupe ethnoculturel que l'utilisateur ou qui possèdent une expérience auprès de celui ou celle-ci (Shannon et collab., 2016). Par exemple, dans les milieux de soins, les clinicien·ne·s qui connaissent bien les spécificités culturelles des patient·e·s peuvent jouer le rôle de médiateurs·trices culturel·les, en offrant des conseils ou des éclaircissements sur la culture et sur la situation vécue par ces patient·e·s, tout en prenant en considération leurs besoins (Priebe et collab., 2011; Riza et collab., 2020; Miklavcic et LeBlanc, 2014 dans Xavier et collab., 2021).

Au sujet des médiateur·trice·s interculturel·le·s, Verrept (2019) présente six rôles que ces personnes peuvent jouer dans le système de santé pour les personnes réfugiées ou les personnes ayant récemment immigré :

- 1) jouer le rôle d'interprète;
- 2) combler le fossé interculturel (p. ex., les écarts socioculturels);
- 3) prévenir les conflits ou favoriser leur résolution;
- 4) favoriser l'intégration dans les systèmes de santé et soutenir l'autonomie en fournissant des informations sur les services sociaux et de santé disponibles et sur les droits en matière de soins de santé et de défense des droits contre le racisme institutionnel ou la discrimination;
- 5) établir un lien de confiance et faciliter la relation thérapeutique;
- 6) fournir un soutien psychosocial y compris en assurant la liaison à l'intérieur et à l'extérieur des institutions médicales, l'éducation et la promotion de la santé, ainsi que la co-thérapie dans les établissements de santé mentale.

Il faut dire que les médiateur·trice·s interculturel·elle·s sont souvent tenu·e·s d'assumer ces tâches malgré une formation limitée, et en l'absence de normes professionnelles et d'un code d'éthique. Ce rôle de médiateur·trice interculturel·elle peut être assumé par différentes personnes²³.

À la différence d'un·e interprète et d'un·e traducteur·trice qui ne traduit que de manière littérale, un·e médiateur·trice culturel·le peut adapter la manière d'expliquer un soin ou un service selon la culture de l'usager·ère, en apportant des éléments de contexte ou de comparaison supplémentaires. Des participant·e·s à un groupe de discussion (GD2, CEMTL) ont mentionné s'être souvent trouvé·e·s dans cette situation.

Dans la même ligne de pensée, des médecins généralistes avec des origines culturellement diversifiées ou avec des expériences interculturelles peuvent également faciliter la prestation de soins en santé mentale. Cela peut se faire, par exemple, en tirant parti de leurs caractéristiques ethniques, de leur religion, de leur pratique à l'étranger ou de leur connaissance d'autres langues que celle officielle (Harding et collab., 2015). Ils et elles peuvent ainsi faciliter la communication au sujet du diagnostic, du traitement, etc., et ainsi renforcer la relation thérapeutique.

Enfin, selon des membres du comité de suivi, des patient·e·s partenaires pourraient aussi intervenir comme interprètes-médiateur·trice·s. Dans une visée de « métissage de solutions », ces patient·e·s partenaires seraient ainsi mis à contribution dans les interventions proposées par les équipes traitantes. Ces dernières tiendraient dès lors compte du sens que les patient·e·s donnent au problème et aux solutions proposées.

²³ Dans la section 5.2.5.1 de ce document qui porte sur la collaboration et la coordination des services de santé mentale de proximité, il sera question des personnes qui remplissent ce rôle dans la communauté.

Des membres du comité de suivi ont abordé les conditions qui amènent des personnes de la diversité ethnoculturelle à venir chercher de l'aide auprès d'organismes où le personnel reflète la diversité ethnoculturelle des gens du quartier. Ces personnes feraient davantage confiance à un-e intervenant-e qui partage la même origine ethnoculturelle, ce qui leur permettrait de se sentir plus à l'aise et ouvertes pour aborder certaines questions :

« Je pense que c'est quelque chose qui va amener la personne à aller vers la personne qu'il trouve de sa couleur, parce qu'il sait que les enjeux culturels qu'ils possèdent, ses valeurs, l'autre va les comprendre mieux [...] C'est vrai que la *personne d'emblée, sans pour autant connaître la personne, va être attirée par son partenaire, de la race, de la langue, peu importe* ». (CdS)

Selon un membre du comité de suivi, la confiance à l'égard d'un-e intervenant-e selon la couleur de la peau peut susciter moins d'appréhension et de peur, notamment chez les jeunes, pensant qu'il ou elle se montrera plus compréhensif-ve. Cela place toutefois l'intervenant-e dans une situation délicate, à savoir s'il ou elle trouve approprié de faire l'intervention sur la base de ce critère. Or, il n'est pas rare que des organismes orientent les personnes de la diversité ethnoculturelle vers des services où il y a des intervenant-e-s de couleur. En voici un exemple :

« En fait, parce que je dirais que le feedback qu'on a des organismes communautaires, c'est d'avoir une diversité aussi au niveau de l'équipe d'intervenant [nom du programme]. Puis même des fois, une demande concrète d'avoir un intervenant de couleur, par exemple, qui vient. Donc ce sont des besoins qui sont réels dans la communauté ». (GD1, CCOMTL)

Outre la couleur de la peau, un membre du comité de suivi mentionne que certaines familles vont faire confiance à un-e intervenant-e appartenant à la même communauté ethnique, linguistique ou religieuse. Cela permettrait de communiquer dans la même langue, mais également de pouvoir aborder certains sujets que l'intervenant-e sera en mesure de comprendre et d'expliquer, jouant ainsi le rôle de médiateur·trice culturel·le.

Par exemple, si un jeune a droit à dix séances de thérapie gratuite pendant une session scolaire, il cherchera à aller plus rapidement au coeur du sujet avec une thérapeute qui partage la même culture que lui et qui peut saisir les subtilités de la situation vécue par celui-ci. D'ailleurs, plusieurs jeunes auraient confié à ce membre du comité de suivi qu'ils préfèrent un-e thérapeute qui peut comprendre leur situation ainsi que les enjeux culturels propres aux familles immigrantes au niveau de l'éducation, de la performance scolaire, etc. (IC3)

Selon des intervenant-e-s du CCOMTL, la proximité culturelle de l'utilisateur avec un-e intervenant-e ou un-e thérapeute peut aussi susciter de la honte, ou la peur d'être jugé-e ou de mal paraître. Cela peut engendrer une certaine résistance à se confier.

D'ailleurs, même si la confidentialité et l'anonymat sont promis, plusieurs jeunes craignent que leurs confidences soient rapportées à leurs parents. (GD1, CCOMTL)

Dans la littérature recensée, certains auteurs associent le jumelage culturel à une amélioration de la compréhension mutuelle entre les thérapeutes et leurs patient-e-s ainsi qu'une alliance thérapeutique renforcée entre eux, sans pour autant identifier une différence significative au niveau des résultats du traitement (Cabral et Smith, 2011 et Griner et Smith, 2006 dans Xavier et collab., 2021).

Par exemple, l'influence du jumelage ethnoculturel sur la présence aux séances de thérapie de groupe ainsi que sur les résultats de l'intervention au moment du suivi a été étudiée auprès de femmes avec des troubles de consommation de substances combinés à un stress post-traumatique (Ruglass et collab., 2014). Le nombre moyen de séances suivies par celles-ci était d'environ 7,5 (écart-type = 3,66). Ruglass et collab. (2014) n'ont pas trouvé de différence significative entre les participantes afrodescendantes et celles d'origine caucasienne ($t = 1,40$, $p = 0,16$). Aucun impact significatif du jumelage ethnique sur la présence aux séances, le stress, ou la consommation de substances au moment du suivi n'a été identifié ($p > 0,05$). D'après les auteur·trice·s de l'étude, cela pourrait être lié à la présence de facteurs concomitants tels que le milieu socioéconomique et culturel respectif des thérapeutes et des patientes, ainsi que d'une divergence de vues sur le traitement.

Par ailleurs, la dispensation de soins tenant compte de la culture (*culture-informed care*) sous-entend que des services linguistiques sont disponibles pour les personnes de la diversité ethnoculturelle qui doivent recevoir des services de santé mentale, de même que pour tous les programmes offerts aux personnes réfugiées, pour prendre cet exemple (Im et collab., 2021). Sur ce point, certains organismes font un effort pour engager du personnel bilingue ou multilingue, dans l'optique d'offrir des services axés sur les patient·e·s (Alvarez et collab., 2014). Par exemple, aux États-Unis, plusieurs cliniques et centres de santé communautaires offrent des services bilingues : coréen-anglais, espagnol-anglais (Kim et collab., 2002; Chong et Moreno 2012 dans Lee-Tauler et collab., 2018). Raval (2005) utilise le terme de « collaborateur bilingue » pour décrire « une personne qui apporte un éventail d'expériences, de compétences, d'expertise et de compréhension interculturelle dans le but de faciliter un processus de communication par le biais d'une variété de rôles, incluant la traduction » (p. 198, trad. libre).

La présence de membres du personnel qui maîtrisent plusieurs langues peut donc faciliter les communications à l'interne lors de l'accompagnement d'un·e usager·ère. Par exemple, dès qu'un·e patient·e appelle ou franchit la porte, un·e réceptionniste bilingue facilite le déroulement de la visite (Valdez et collab., 2011). Aussi, un·e professionnel·le bilingue peut comprendre les subtilités de la conversation lors d'interventions (Alvarez et collab., 2014). Selon Valdez et collab. (2011), la présence de personnel bilingue, incluant les intervenant·e·s et les médecins, aurait grandement amélioré l'accès aux services offerts aux patient·e·s qui ne parlent pas les langues officielles d'un pays.

Cependant, même lorsque l'accueil est fait dans la langue choisie par l'usager·ère, si les autres membres de l'équipe ne peuvent pas continuer d'offrir le service dans la langue désirée, cela peut engendrer une rupture dans la continuité des services, rendant les procédures et les consultations plus complexes, voire presque impossibles. Or, ces compétences linguistiques exigent du travail supplémentaire pour les employés concernés, et peuvent aussi allonger la durée de la prestation (Valdez et collab., 2011). Par contre, selon Siegel et ses collaborateur·trice·s (2003), le partage de personnel bilingue entre les cliniques pourrait être avantageux à cet égard.

Si l'absence de personnel bilingue pour accompagner les usagers·ères peut affecter la qualité des services (Valdez et collab., 2011), la présence de ce personnel ne prédit pas pour autant un engagement de la part de ces usagers·ères dans les soins en santé mentale. C'est ce que démontrent les résultats de l'étude de Stein et collab. (2014) qui porte sur des cliniques comptant plus de 50 % de prestataires hispanophones.

Notons également que l'influence exercée par les médiateur·trice·s interculturel·le·s sur l'accessibilité et l'utilisation des soins et services de santé mentale doit être nuancée. Selon Verrept (2019), peu de données empiriques prouvent l'efficacité des médiateur·trice·s interculturel·le·s pour améliorer l'accessibilité des

soins pour les personnes réfugiées ou immigrantes. Ces auteurs n'ont pas observé d'effets du recours aux médiateur·trice·s interculturel·le·s sur la qualité des soins, l'observance du traitement, le respect des droits, la sécurité des patient·e·s et les résultats des traitements. Selon Verrept (2019), l'impact bénéfique des médiateur·trice·s interculturel·le·s serait entravé par un manque de professionnalisation, une formation insuffisante et par la mise en œuvre non systématique et incohérente des programmes de médiation interculturelle. D'après Verrept, la professionnalisation, la formation sur les compétences linguistiques et l'interprétariat, la compréhension de l'organisation des services et des rôles de différents prestataires, le biculturalisme, et la reconnaissance de leur statut seraient des facteurs facilitant la performance des médiateur·trice·s interculturel·le·s.

Au Québec, le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) mise justement sur le jumelage par concordance linguistique. À leur arrivée, leur langue parlée et comprise est considérée dans les interventions offertes à ces personnes.

D'après une informatrice clé, plusieurs jeunes lui auraient confié se sentir à l'aise de pouvoir communiquer dans leur langue maternelle, par exemple en créole, en swahili ou en lingala, lorsque le ou la thérapeute partage des référents culturels semblables, le même pays d'origine, et la même langue qu'eux ou elles. Toujours selon cette informatrice clé, un répertoire de thérapeutes identifié·e·s selon leur origine et selon les langues parlées serait apprécié et utile pour des jeunes (IC3).

Dans l'un des groupes de discussion, il a été mentionné que dans le cas où un point de services d'un CIUSSS n'est pas en mesure d'offrir des services dans une langue en particulier, cela complexifie l'orientation ou la référence provenant d'organismes communautaires. Dans une situation où un·e usager·ère ne parle que l'anglais et que l'intervenant·e n'est pas à l'aise dans cette langue, il ou elle demande parfois à un collègue bilingue de prendre le dossier à sa place. Cette situation de jumelage linguistique prolonge le délai d'attente de l'utilisateur·ère pour accéder aux soins, considérant que ces intervenant·e·s ont leur propre cahier de charges. Certain·e·s intervenant·e·s qui participent à ce groupe de discussion mentionnent à quel point cela peut décevoir les usager·ère·s.

En résumé, l'appartenance ethnoculturelle et les compétences linguistiques peuvent faciliter la communication et la compréhension des difficultés vécues par les usagers·ères des services qui proviennent de différentes communautés ethnoculturelles. Selon des informatrices clés (IC1), une attitude de vigilance s'impose en matière de jumelage culturel, étant donné que les personnes de la diversité ethnoculturelle peuvent faire l'objet de préjugés et que les communautés ne sont pas homogènes. D'après ces d'informatrices clés si l'expérience migratoire des intervenant·e·s peut apporter plus de sensibilité à l'endroit des usagers·ères avec lequel·les ils et elles partagent une culture similaire, cela doit être considéré avec précaution. L'ouverture d'esprit, le décentrement et l'attention accordée à la personne seraient, selon elles, beaucoup plus importants que l'appartenance ethnoculturelle.

5.2.4.5 Implication des familles

Bationo et collab. (2017) soulignent l'importance de prendre en considération les perceptions et les croyances des familles immigrantes lorsqu'il est question de santé. Étant donné que l'expérience de soins de santé peut être différente pour les populations immigrantes, cela peut influencer leurs attentes et leurs réactions face au système de santé québécois (Battaglini et collab., 2007).

Selon Nadeau et collab. (2014; 2017) et Sashidharan (2003), traiter les familles immigrantes comme des partenaires dans les soins améliorerait leur recours aux services de santé. Leur inclusion dans le processus d'évaluation et dans le plan de traitement peut aussi favoriser leur engagement à l'égard de

ces services. La participation à la prise de décision qui les concerne et le fait d'être considéré comme des partenaires à part entière s'avèreraient des conditions propices à cet engagement. Développer les liens de confiance avec les familles y contribuerait tout autant (Shannon et collab., 2016).

À titre d'exemple, plusieurs études font mention que la collaboration étroite avec les familles dans les programmes dédiés aux premiers épisodes psychotiques ferait partie des composantes essentielles pour favoriser l'engagement des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins, prévenir les rechutes et améliorer leur état de santé (Claxton et collab., 2017; Malla et collab., 2020; Iyer et collab., 2020 cité dans Xavier et collab., 2021). En contexte interculturel, les professionnel·le·s de la santé auraient avantage à être conscient·e·s que les structures familiales peuvent être très différentes des leurs. De plus, les valeurs culturelles et les perceptions de la maladie peuvent varier au sein d'une même famille immigrante (Alegria et collab., 2010 cité dans Xavier et collab. 2021).

À ce sujet, des intervenant·e·s interrogé·e·s dans les groupes de discussion ont mentionné que la souplesse dans les mandats confiés aux équipes d'intervention leur permet d'adapter leurs pratiques aux spécificités culturelles des familles immigrantes. Par exemple, les intervenant·e·s d'une clinique de santé leur proposent une intervention de groupe plutôt qu'individuelle, ces groupes étant composés des membres d'une famille immigrante et d'une « *famille* » d'intervenant·e·s (variables en nombre et selon le type de problème en cause) qui interviendront auprès de ces personnes : « *Nous, ici, le paradigme est plus individualiste, mais souvent les gens, quand ils viennent de sociétés de type communautaire, la famille, ce n'est pas notre famille nucléaire* » (IC2). Cette modalité d'intervention faciliterait l'engagement des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins et les services offerts :

« Parce que ce modèle-là dû un à un n'a aucun sens dans certaines cultures. C'est aussi pour offrir un autre modèle thérapeutique qui ressemble plus à un conseil de famille, une petite communauté qui se rassemble et qui discute » (IC2). Cette approche permettrait de contrer « *le réflexe de se dire : Ah cette famille-là, ne collabore pas, donc ils ne sont pas intéressés* » (IC2).

Une approche plus collective de l'intervention favoriserait donc un rapprochement entre les intervenant·e·s et les personnes de la diversité ethnoculturelle : « *l'alliance est meilleure [...] l'engagement est meilleur avec l'intervenant référent* » (IC2). Conséquemment, cet intervenant des services de santé de proximité va poursuivre l'intervention auprès de cette famille immigrante après avoir participé à l'évaluation et au bilan de la situation de celle-ci en compagnie des autres membres de l'équipe. Un tel bilan prend en considération le contexte sociopolitique international prévalant dans le pays de provenance d'une famille immigrante avant son arrivée au Québec, dans la mesure où cela influence le profil de l'utilisateur à desservir : « *Les problématiques qui se passent un peu partout dans le monde, c'est un peu à l'image des familles qu'on reçoit. Quand il y a un conflit quelque part là, on se dit : ah, je pense que ça va changer un peu dans les familles qu'on va recevoir* » (IC2).

5.2.4.6 Continuité des services basée sur la familiarité et la confiance

Il semble que la continuité des services, basée sur la familiarité (degré de connaissance) et la confiance des personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des intervenant·e·s des services de proximité en santé mentale, soit garante de leur engagement dans les soins et les services, notamment chez les jeunes. La continuité des services prendrait forme dans les efforts pour garder la famille immigrante avec le ou la même clinicien·ne ou la même équipe, mais aussi dans les liens établis avec les différents services et les établissements de santé pour cette famille (Nadeau et collab., 2017).

Dans une étude sur les perceptions des soins offerts aux immigrants récents par des professionnel·le·s de la santé, plus du tiers des participant·e·s font part de relations positives entre le personnel et les usager·ère·s, ainsi que la continuité des soins comme étant les principales composantes d'une bonne pratique pour les personnes immigrantes. Le respect, la chaleur des relations, l'écoute active et ouverte faciliteraient les relations entre les personnes de la diversité ethnoculturelle et les professionnel·le·s de la santé. La stabilité du personnel contribuerait aussi à bâtir une relation de confiance avec les personnes de la diversité ethnoculturelle. Une politique de bienvenue aux nouveaux et nouvelles arrivant·e·s et nouveaux et nouvelles usager·ère·s des services y contribuerait également, tout comme la promotion auprès du personnel d'un esprit ouvert et équitable à l'égard des usager·ère·s (Priebe et collab., 2011). Il s'avère donc que les prestataires de soins et de services de proximité qui prennent le temps de construire une relation de confiance avec les usager·ère·s avant de les orienter vers des services de santé mentale augmentent les chances que ces dernières utilisent ces services.

La confiance qui se développe entre un·e professionnel·le de la santé et une personne de la diversité ethnoculturelle repose aussi sur le respect de la confidentialité des informations personnelles. Ce respect de la confidentialité favoriserait l'engagement de cette personne dans le traitement, une situation que l'on retrouve particulièrement chez les jeunes (Bentayeb et collab., 2022, p. 40). Par exemple, il arrive parfois qu'un·e jeune personne souhaite parler avec un·e professionnel·le de la santé sans la présence de ses parents, de sa famille ou de ses amis (Sharma et collab., 2022).

Enfin, le lien entre une organisation culturellement compétente et la continuité des soins a été évalué par Polgar et collab. (2016) pour les organisations qui assurent une représentation proportionnelle de la population de la diversité ethnoculturelle dans les cahiers de charges. Ces organisations obtiennent des résultats supérieurs sur l'index de la continuité des soins ($r = .32$, $p = .00$).

Polgar et collab. (2016) concluent que les organisations qui offrent une plus grande variété de services aux jeunes (16-25 ans) et qui s'assurent que ces services sont offerts par des professionnel·le·s de la santé représentatif·ve·s de ces jeunes sont plus susceptibles d'assurer une continuité des soins.

Pour leur part, Stein et collab. (2014) mentionnent que le développement de liens étroits avec les ressources du milieu permet aux intervenant·e·s des organismes communautaires d'orienter et d'accompagner les nouveaux et nouvelles arrivant·e·s vers les services de santé, incluant les services de santé mentale offerts dans la communauté. Selon ces auteur·e·s, le soutien des organismes communautaires contribuerait encore ici à réduire la stigmatisation vécue par les personnes de la diversité ethnoculturelle lorsqu'il est question de problèmes de santé mentale.

5.2.5 Liens interétablissements pour la dispensation de services aux communautés ethnoculturelles

5.2.5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité

Outre les activités de sensibilisation aux problèmes de santé mentale et de promotion des services destinés aux personnes de la diversité ethnoculturelle, le personnel des services de proximité en santé mentale du RSSS peut miser sur la collaboration avec les intervenant·e·s d'organismes communautaires situés dans les quartiers habités par des communautés ethnoculturelles pour rejoindre ces dernières (Cherner et collab., 2014; Delphin-Rittmon et collab., 2016; Sashidharan, 2003; Snowden et collab., 2006).

Ainsi, un autre type de stratégie organisationnelle consiste en une collaboration interétablissements soit entre les services de santé de proximité et les services communautaires pour élaborer un cadre de référence commun en vue d'offrir du soutien en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle (Janzen et collab., 2010).

Selon Shannon et collab. (2016), une organisation dont les soins et les services de santé de proximité sont culturellement adaptés doit pouvoir miser sur une coordination active, dans le sens où, par exemple, des mesures sont prises par les acteurs qui orientent les personnes de la diversité ethnoculturelle vers les services intégrés en santé mentale. Prenant le cas des personnes réfugiées en exemple, Shannon et collab. (2016) mentionnent qu'agir de la sorte implique une solide communication entre les prestataires de services, une orientation adéquate de l'utilisateur vers un service de santé mentale, une prise de rendez-vous rapide lors du premier contact avec ces services et un service d'urgence réactif aux situations de crises vécues par l'utilisateur.

Pour leur part, Im et ses collaboratrices (2021) proposent un modèle qui mise sur la collaboration et la coordination de différents paliers de programmes de santé mentale pour les personnes réfugiées. En Virginie (É-U), le modèle *Mental health and psychosocial support* (MHPSS) permettrait de répondre à un large éventail de besoins, du plus général au plus spécifique. Ce modèle de soins coordonnés mise sur l'importance d'établir et de maintenir des liaisons et des collaborations entre les services de santé mentale, les programmes psychosociaux dans les milieux non cliniques et les programmes pour les personnes réfugiées, afin de faciliter les transitions entre ceux-ci. Ce programme permettrait de combler les écarts relatifs aux capacités et aux ressources disponibles, et de favoriser les collaborations entre les soins de santé mentale et les programmes psychosociaux pour les personnes réfugiées. Il favoriserait aussi le développement stratégique de programmes et de formations du personnel qui peuvent combler les lacunes à chaque niveau d'une organisation. Les leaders des communautés ou des bénévoles formé·e·s et bilingues y contribuent en aidant les immigrant·e·s à naviguer à travers les ressources communautaires et les services appropriés.

Que la prise de contact entre les intervenant·e·s des services de proximité en santé mentale du RSSS et des organismes communautaires soit formelle ou informelle (p. ex., de bouche à oreille), les liens tissés entre ces intervenant·e·s peuvent se développer dans le cadre de différentes activités : formations, demandes d'information, consultations, démarches visant l'orientation des personnes de la diversité ethnoculturelle vers différents types de ressources, etc. Ces activités permettent tout autant aux personnes de la diversité ethnoculturelle de mieux connaître l'existence de ces services :

« On a déjà eu des organismes communautaires qui œuvraient plus dans la Ville de Québec. Donc des minorités visées qui sont encore en moins grande quantité. On a déjà eu des centres jeunesse, centres d'emploi, des centres d'aide qui sont venus nous voir. On a déjà eu encore une fois d'autres organismes à Montréal qui sont venus nous contacter pour nous demander... Très souvent, comme quand on va donner des conférences, donner des panels, on nous pose souvent la question : 'Comment est-ce qu'on peut rendre les services plus accessibles?' Ce qu'on peut faire en tant qu'acteur de changement, ce qu'on peut faire pour pouvoir venir en aide à ces jeunes ». (IC3)

Une intervenante d'un organisme communautaire explique comment la présentation d'un intervenant d'un CLSC a permis d'humaniser son rôle et ses services :

« J'ai déjà eu quelqu'un du CIUSSS, un travailleur social par exemple, qui vient présenter quels sont leurs services du CLSC. C'est sûr que de voir les personnes, ça démystifie un peu, et une vraie personne qui travaille là, qui vient présenter leurs ressources [...] ça facilite un peu : OK, maintenant je comprends mieux maintenant, ce n'est pas des monstres-là qui travaillent là. Parce que parfois, ils ont peur parce que ça n'existe pas dans leur pays. [...] la peur ça entraîne après que la personne ne va pas aller chercher de l'aide ». (GD1, CEMTL)

Ce type d'intervention répond donc, en partie, à la stratégie mentionnée plus haut à l'effet de rapprocher les services de proximité en santé mentale des personnes de la diversité ethnoculturelle en misant sur les déplacements des intervenant·e·s dans la communauté.

Selon Salami (2019, cité dans Ratnayake et collab., 2022), les intervenant·e·s des organismes communautaires joueraient un rôle important pour détecter les états de crise ou les problèmes de santé mentale des personnes de la diversité ethnoculturelle et pour les orienter vers les services de santé mentale appropriés. En cela, les intervenant·e·s du milieu communautaire jouent parfois un rôle d'intermédiaires entre ces services et ces personnes.

Selon Priebe et collab. (2011), des rencontres entre les professionnel·le·s de la santé pour aborder les problèmes des personnes immigrantes sans papier et pour développer des liens avec les organismes communautaires concernés, sont nécessaires. Ainsi, pour faire connaître les soins et services offerts aux personnes de la diversité ethnoculturelle, les liens établis entre les intervenant·e·s des organismes communautaires et les intervenant·e·s des établissements de santé concerné·e·s ont des ramifications multiples et sont de nature variée.

Un exemple québécois de collaboration entre un organisme communautaire et un service de proximité en santé est souligné par une intervenante :

« Nos partenaires, les Éclaireurs, animent des ateliers. Ça porte surtout sur la santé mentale. Ils touchent différents thèmes et ils ont une liste d'ateliers [...] On fait ça depuis peut être quatre ou cinq mois à raison de deux fois par mois. [...] Donc ça touche l'enfant, les parents. Par exemple, la déprime dans un processus d'immigration [...] sur les adolescents en septembre, sur les femmes dans un processus d'immigration. [...] On a fait la demande pour les femmes justement. C'est un atelier qui n'était pas dans leur programme, mais ils vont l'adapter pour nous ». (GD1, CEMTL)

Dans cet exemple, un membre du personnel d'un établissement de santé de proximité offre une formation aux membres d'un organisme communautaire sur un type d'intervention destinée aux personnes de la diversité ethnoculturelle. À l'inverse, les demandes de formation peuvent provenir d'un établissement de santé de proximité (p. ex., l'équipe de santé mentale d'un CLSC) lorsque leur personnel s'aperçoit que les usager·ère·s sont de plus en plus composé·e·s de personnes de la diversité ethnoculturelle. Cela leur permet d'en apprendre davantage sur ces dernières et d'ajuster leurs interventions en conséquence : *« Souvent, les équipes vont dire : nous, on veut une formation spécifique sur tel aspect : ça peut être l'approche interculturelle, ça peut être le parcours migratoire »* (IC2).

Au moment d'écrire ces lignes, une collaboration entre des services de proximité en santé mentale et des services spécialisés à Montréal a été établie. Elle prend forme autour d'un projet commun qui implique une coordination des services de santé mentale dans l'optique de définir une trajectoire de soins qui soit appropriée pour les personnes de la diversité ethnoculturelle.

Une informatrice clé explique à ce sujet que des intervenant·e·s du Café-Jeunesse Multiculturel sont formé·e·s pour dépister des problèmes de santé mentale chez *« des jeunes un peu marginalisés qui n'ont pas tendance à aller consulter dans des services standards, les services publics [...] Donc c'est la très grande majorité des jeunes issus de la diversité »*. (CdS). Ces intervenant·e·s communautaires sont déjà connu·e·s par les jeunes et la relation de confiance est établie entre eux.

« Donc l'idée c'est de former les intervenants de rue, les intervenants communautaires, à essayer d'avoir une cueillette d'informations au niveau du parcours migratoire de ces jeunes, au niveau des différents aspects culturels, au niveau de leur modèle familial. Un peu les rôles dans leur famille, parfois, les conflits intergénérationnels donc différents aspects au niveau culturel... au niveau des croyances aussi. Et de questionner un peu leurs symptômes de santé mentale. Pour pouvoir ensuite avec des professionnels sur place, psychologues, travailleur social, donc éventuellement de voir ce qu'on fait avec ces jeunes [...] Les jeunes font confiance aux intervenants communautaires, donc c'est dans ce but-là de diminuer la stigmatisation, augmenter l'accès aux soins. Et après ça, l'accompagnement dans les soins ». (CdS)

Cette coordination entre les établissements de santé et les organismes communautaires est particulièrement mise en évidence quand il s'agit d'orienter les personnes de la diversité ethnoculturelle vers une ressource d'un autre type :

« Par exemple, le CLSC [nom de l'établissement], je fais des références directement en santé mentale. Je fais la référence, j'envoie par fax, et la personne a été contactée et a été pris en charge, ça fonctionne [...] Mais depuis que j'occupe le poste d'intervenant, on touche beaucoup à la santé mentale. Je découvre ça. Et j'estime que nos usagers ont un grand besoin de... qu'on puisse les orienter, les aiguiller sur ça. Et comme je vous ai dit aussi le CIUSSS est notre principal partenaire ». (GD1, CEMTL)

Des exemples, en provenance de divers pays, illustrent les différentes formes que peut prendre cette collaboration entre le personnel du milieu de la santé mentale et celui du milieu communautaire qui interviennent auprès de personnes de la diversité ethnoculturelle. Cette collaboration peut également impliquer d'autres acteurs locaux.

Ainsi à Chicago, dans le but de renseigner la communauté d'origine coréenne sur la qualité et la disponibilité des services qui leur sont offerts par un centre de santé communautaire, une collaboration entre une infirmière spécialisée bilingue, une infirmière praticienne et un porte-parole bilingue a mené à la

création d'un programme qui met l'accent sur la sensibilisation, la promotion et la prévention en santé pour les membres de cette communauté (Kim et collab., 2002). Les contacts informels avec la communauté coréenne entretenus par l'infirmière praticienne et le porte-parole ont été une source d'informations importantes pour mieux comprendre l'influence de la culture coréenne sur les comportements des membres de cette communauté en matière de santé mentale. Des brochures rédigées en coréen et évaluées par de nombreuses personnes issues d'organismes religieux, d'organisations commerciales et de services sociaux localisées dans les quartiers habités par les membres de la communauté coréenne leur ont été distribuées (Kim et collab., 2002).

Par ailleurs, il a été mentionné dans la section 5.2.4.4 qui porte sur l'intégration des spécificités ethnoculturelles dans l'offre de soins et de services, le rôle de médiateur·trice·s interculturel·le·s auprès des familles immigrantes et au sein de l'alliance thérapeutique. Or, il arrive également que les intervenant·e·s communautaires endossent ce rôle de façon informelle (non officielle). Ce type de médiation par un·e intervenant·e communautaire peut même s'exercer en milieu scolaire. Comme le soulignent Brar-Josan et Yohani (2019), ces médiateur·trice·s en milieu scolaire informent les jeunes immigrant·e·s dans les écoles sur les services communautaires et les services de santé mentale qui sont offerts dans la communauté. Par exemple, l'intervenant·e-médiateur·trice explique aux jeunes les bénéfices à recourir aux services en santé mentale. L'association d'un imam ou d'un·e aîné·e à cette démarche de médiation est possible.

À partir d'une évaluation sommaire du problème de santé mentale d'un·e jeune immigrant·e en Alberta, pour prendre un autre exemple mentionné par Brar-Josan et Yohani, l'intervenant·e-médiateur·trice détermine vers quel·le professionnel·le l'orienter ainsi que le lieu de la consultation (école ou autre endroit). L'intervenant·e-médiateur·trice assiste à la première rencontre de la famille immigrante avec le ou la professionnel·le de la santé, l'informant, au préalable, de l'expérience prémigratoire du ou de la jeune et de sa famille (traumatismes et pertes) et de leur expérience post-migratoire (logement, travail, défis rencontrés, etc.). Cette présence de l'intervenant·e-médiateur·trice, combinée à la qualité de la relation préalable, rend le ou la jeune plus à l'aise et réceptif·ve aux services offerts. De plus, l'intervenant·e médiateur·trice offre aux praticien·ne·s des informations sur les préférences du ou de la jeune, afin de développer une stratégie de communication adaptée, qui permet de ne pas perdre le contact avec lui ou elle. Par exemple, éviter la communication par téléphone pour les suivis de rendez-vous et trouver un moyen de suivi qui convient à celui-ci ou à celle-ci.

De son côté, Kelly McKinney (2007) présente une clinique pour personnes réfugiées qui est située dans une agence de services sociaux où les employé·e·s sont des conseiller·ère·s biculturel·les. En plus du soutien individuel, ces conseiller·ère·s font de la gestion de cas; ils et elles aident les personnes réfugiées à se trouver un emploi, des logements subventionnés, à obtenir des soins médicaux, à suivre des cours de langues ou à bénéficier de l'aide juridique. Ces conseiller·ère·s biculturel·les agissent également comme médiateur·trice·s culturel·le·s lors de la prestation de soins de santé mentale. Par exemple, lors des premières sessions de psychothérapie de l'usager·ère, ils et elles sont présentes pour faciliter cette nouvelle relation thérapeutique (modèle en triade). Ces conseiller·ère·s biculturel·le·s orientent également les usager·ère·s souffrant de stress post-traumatique, de dépression ou autres problèmes mentaux qui nécessitent des soins supplémentaires, vers les services de psychothérapie offerts à l'extérieur de leur clinique.

Signalons que dans cette étude, plusieurs limites du rôle de médiateur·trice culturel·le des conseiller·ère·s biculturel·le·s non professionnel·le·s ont été identifiées. Ces conseiller·ère·s ont dit éprouver de la difficulté sur le plan émotionnel du fait de devoir revivre des situations passées, de douter d'eux ou d'elles, et

d'avoir des sentiments ambivalents. De plus, leur appartenance culturelle pourrait créer une dépendance à l'égard de certain·e·s usager·ère·s, que certain·e·s qualifient d'épuisante.

5.2.5.2 Collaborations interorganisationnelles

Certains auteurs considèrent les liens entre divers types d'organisations (universités, fondations, organisations à but non lucratif, lieux de culte, écoles, etc.) comme une pratique prometteuse pour développer une compétence culturelle sur le plan organisationnel (Riza et collab., 2020; Bationo et collab., 2017).

Dans leur étude, Polgar et collab. (2016) évaluent les relations interorganisationnelles en milieu communautaire (OSBL, écoles). Les résultats obtenus par ces auteur·trice·s indiquent une variabilité à la fois de la proportion et de la force des collaborations avec toutes les organisations fournissant des soins aux jeunes (16-25 ans) vivant avec un problème de santé mentale. En effet, les résultats de l'analyse bivariée indiquent que la collaboration interorganisationnelle est plus fréquente dans les grandes organisations ($r = .43$, $p = .00$) et dans celles offrant une plus grande variété de services ($r = .31$, $p = .00$). Cependant, la collaboration n'est pas associée de façon significative au ratio usager·ère / intervenant·e ou à la compétence culturelle des intervenant·e·s. Dans l'ensemble, les résultats de cette étude indiquent que les organisations qui offrent plusieurs types de services et qui sont culturellement adaptées favorisent la continuité des soins pour les problèmes de santé mentale vécus par ces usagers, et collaborent plus activement avec d'autres organisations au sein d'un système de services de proximité en santé mentale.

Au Connecticut (É-U), en 2005, une collaboration entre des services de santé et une université a émergée d'un consensus entre des leaders locaux d'agences de santé confrontés à un problème de recrutement et de rétention du personnel ayant des compétences linguistiques et culturelles. L'objectif était d'implanter des pratiques d'intervention culturellement adaptées pour la population hispanique qui représente 15 % de la population totale du Connecticut. Une démarche conjointe impliquant treize partenaires communautaires partageant la même vision sur les services nécessaires à offrir à cette population a été entreprise. L'obtention de fonds auprès du *State General Assembly* a permis d'implanter des stratégies visant à favoriser l'accès aux services de santé mentale pour la population hispanique et à créer un système de soins culturellement adaptés autour de quatre thèmes : *familismo*, *personalismo*, *confianza* et *humildad* :

« Le terme de *familismo* a été conceptualisé comme une compréhension et une responsabilité partagées pour identifier une solution; *personalismo* a été conceptualisé comme une préférence pour les relations personnelles plutôt qu'institutionnelles, et comme le temps et les efforts consacrés à la construction de la relation avec chaque partenaire communautaire; *confianza* a été conceptualisé comme la confiance dans l'expérience, les connaissances et la mission de chaque partenaire; et *humildad* a été conceptualisé comme l'approche non experte dans le processus de planification. »
(Paris et collab., 2016, p. 142, trad. libre)

Les bonnes pratiques retenues pour ces quatre termes sont les suivantes. Les partenaires du projet doivent demeurer solidaires, activement engagés dans la démarche et travailler ensemble dans une approche collaborative, et non compétitive (*familismo*). Ces partenaires identifient les divers accès aux services pour les usager·ère·s et valident les efforts des responsables de la coordination de ces accès en vue de répondre adéquatement aux besoins de ces usager·ère·s. Ces partenaires misent sur l'habileté à laisser de côté le rôle d'expert pour faire place à la parole des usager·ère·s et des acteurs

communautaires pour établir les priorités (*humildad*). Ces partenaires maintiennent le dialogue avec les parties prenantes en raison de l'hétérogénéité des services offerts et de la variété des procédures et politiques institutionnelles. Ils et elles demeurent concentré·e·s sur l'objectif commun par l'entremise de rencontres régulières afin d'assurer une cohésion et une ouverture sur le plan communicationnel entre les parties impliquées (*personalismo*). Tous les partenaires ont la volonté de partager les responsabilités, les risques et les bénéfices pour les usager·ère·s (*confianza*) (Paris et collab., 2016).

L'accès aux services pour la population hispanophone a été mesuré selon l'amélioration de la disponibilité de services offerts en espagnol et d'après les résultats obtenus au niveau de la santé des usager·ère·s, à partir d'un questionnaire autoadministré. Parmi les résultats obtenus : un accès immédiat aux services (réduction significative des listes d'attente, consultations plus nombreuses) et des services adaptés au plan culturel et linguistique pour 950 adultes hispanophones unilingues de plus que ceux et celles admis·es l'année précédente dans les services de santé mentale.

La collaboration avec un centre de santé communautaire a permis à cette population de recevoir des services de santé (250 évaluations psychiatriques sur place, 400 séances d'information sur la gestion des médicaments) en espagnol et dans un cadre familial. En outre, cela a permis de rationaliser et de faciliter le processus d'orientation, augmentant ainsi la rapidité et l'efficacité avec lesquelles les usager·ère·s sont examiné·e·s et traité·e·s. La présence d'un·e navigateur·trice de santé (*health navigator*) entre les points de services a permis de soutenir la coordination des soins entre les divers établissements, d'orienter les usager·ère·s vers les ressources communautaires et d'offrir des informations pour les familles.

D'après Paris et collab., le modèle du *Connecticut Latino Behavioral Health System* serait reproductible là où existe une collaboration entre la communauté et les universités. Ces dernières ont offert à la population des cours sur la santé mentale en espagnol (200 heures par an). En tant que modèle unique de services, de formation et de consultation, il applique les connaissances de la communauté, les ressources universitaires et une approche d'équipe multidisciplinaire pour traiter efficacement les disparités existantes en matière de santé (Paris et collab., 2016).

Pour leur part, l'Association des psychiatres coréens américains a déployé des efforts dans des zones métropolitaines pour créer un dialogue avec le clergé coréen, considéré comme un leader d'influence dans cette communauté (Lee et collab., 2008). L'Association des psychiatres coréens américains a mené une étude exploratoire des perceptions du clergé coréen sur les désordres psychiatriques et leur attitude à l'égard des services de santé mentale en comparaison avec celles des médecins de première ligne. Ensuite, l'Association a organisé des ateliers communautaires pour le clergé coréen, sur l'étiologie et les traitements des désordres psychiatriques. Trente membres du clergé et dix psychiatres coréens américains ont suivi le premier atelier. L'événement a été couvert par la télévision coréenne locale et dans les journaux. Le succès de ce premier atelier a permis d'élargir l'événement à d'autres villes (San Francisco, New York, Atlanta). Les symposiums et ateliers visant le clergé coréen ont augmenté la prise de conscience autour des désordres psychiatriques dans les communautés, tout en facilitant le dialogue avec ce clergé. Cependant, la disponibilité limitée d'intervenant·e·s coréen·ne·s en santé mentale a fait en sorte que le programme d'ateliers formatifs ne semble pas avoir réussi à faciliter l'accès aux soins, puisque les membres du clergé n'ont pu être mis en contact avec des services locaux en santé mentale.

Un autre type de stratégie consiste en une intervention éducationnelle qui a été déployée par une équipe de recherche. Cette stratégie visait l'engagement et l'éducation de leaders spirituels de communautés religieuses afro-américaines sur l'importance de l'évaluation, de l'orientation et du suivi de leurs fidèles identifiés susceptibles de faire une dépression ou un suicide (Garner et Kunkel, 2020). Les participant·e·s ont d'abord répondu au questionnaire MHK (*Mental Health Knowledge Questionnaire*) et complété

l'échelle CAMI (*Community Attitudes Toward Mental Illness Scale*) pour l'évaluation préalable de leurs connaissances générales en santé mentale ainsi que les attitudes négatives (stigmatisation) à l'égard des individus présentant des troubles mentaux. Ensuite, les leaders spirituels qui ont participé au projet ont visionné un DVD (*Shadow Voices: Finding Hope in Mental Illness*) et ont été introduits au questionnaire PHQ-9, un outil validé scientifiquement.

À la suite de cette intervention, les leaders spirituels disposaient d'une meilleure connaissance de la santé mentale et une meilleure attitude (réduction de la stigmatisation) à l'égard des personnes présentant des troubles mentaux, et ce, trois mois après l'intervention. Le changement d'attitude des leaders sur les problèmes de santé mentale s'est traduit par une diminution de l'autoritarisme et des restrictions sociales, une augmentation de la bienveillance et une meilleure conception de l'apport de l'approche communautaire en santé mentale (Garner et Kunkel, 2020).

Cette intervention éducationnelle de leaders spirituels les a menés à orienter leurs fidèles vers des services de santé mentale de proximité. Ainsi, trois fidèles et une famille entière ont été référé-e-s à des agences communautaires en santé mentale. Un suivi téléphonique après deux semaines par un pasteur sénior et un leader ministériel participant a révélé que les fidèles sont actifs dans le counseling individuel et familial avec un des prestataires communautaires en santé mentale. L'intervention éducationnelle a permis aux leaders spirituels de sensibiliser et de connecter les fidèles vers les ressources par l'implantation de leur programme en santé mentale dans leur curriculum éducationnel.

Une formation leur est offerte afin de les sensibiliser aux problèmes de santé mentale, pour renforcer leurs compétences, promouvoir les solutions issues des communautés et les défendre au sein du système de santé. Ces leaders spirituels peuvent ainsi hausser leurs compétences en santé mentale et fournir un soutien approprié aux communautés ethnoculturelles, devenant plus efficaces (changement dans les compétences), plus ouverts (changement dans l'attitude) et mieux informés (changement dans les connaissances). L'embauche de navigateur-trices-s en santé mentale (*mental health navigators*) dans chacune des communautés ethnoculturelles permettrait de promouvoir la santé mentale dans celles-ci, de leur faciliter l'accès aux services en santé mentale, et de les aider à mieux comprendre le système de santé.

En comparaison avec les activités de sensibilisation aux problèmes de santé mentale et les activités de promotion des services déjà mentionnées, dans cet exemple, le cadre de référence issu de cette collaboration interorganisationnelle a eu comme effet d'améliorer l'acceptabilité et l'accessibilité des services en santé mentale ainsi que le soutien offert aux personnes de la diversité ethnoculturelle. Pour y parvenir, la mise en place d'un tel cadre nécessite une allocation des ressources plus équitable, avec davantage de ressources en prévention, promotion et rétablissement, plutôt que de miser principalement sur le volet curatif de la maladie mentale (Janzen et collab., 2010).

Dans le contexte québécois, plus précisément à Montréal, ce sont moins des agences que des projets ou des programmes développés en collaboration avec des services de santé qui contribuent à faire connaître aux personnes de la diversité ethnoculturelle les services offerts par des organismes communautaires :

« On ne travaille pas directement avec le ministère de la Santé, mais on travaille avec les partenaires du ministère de la Santé, les CIUSSS. *Mais on travaille aussi avec le MIFI [...] Donc il y en a un travail de partenariat, toujours quand même avec eux [...] Il y a des programmes aussi qui peuvent être en partenariat, ou comme bailleurs de fonds : le ministère de la Famille, le ministère de la Santé, même les Centres de services scolaires de (noms des arrondissements) [...] Donc on a vraiment les liens avec eux et on avait commencé aussi à établir les liens avec le CIUSSS* ». (GD1, CEMTL)

Il a été mentionné auparavant que des ateliers peuvent servir d'activité de sensibilisation des personnes de la diversité ethnoculturelle aux problèmes de santé mentale. Or, ce type d'activité peut s'appuyer, le cas échéant, sur un partenariat clairement établi entre un organisme communautaire et un service de proximité en santé mentale :

« Oui, beaucoup de formations en santé mentale qui sont offertes par plein d'organismes et, entre autres, le CIUSSS [...] De la même façon, on est en train de se former dans ces points de vue plus dirigés sur la santé mentale parce que normalement on peut donner des ateliers par rapport au choc culturel et aux stratégies d'adaptation. Mais ces ateliers sont plus centrés sur la santé mentale. On est en train de préparer des ateliers sur la santé mentale pour nos immigrants. Donc, c'est l'ensemble de cinq ateliers. C'est un projet qu'on est en train de travailler ensemble. Donc c'est le CLSC, sous la tutelle du CIUSSS, qui a organisé ça. Donc ils nous ont un peu dirigés sur ça et on est en train de préparer pour nous-mêmes, animer ces ateliers chez nous ». (GD1, CEMTL)

« Ces ateliers ont pour but de démystifier un peu la santé mentale, d'accompagner ces personnes. Ce n'est pas des ateliers de thérapeutes, mais ce sont des groupes de paroles. Notre organisme, comme il est partenaire avec eux [intervenants d'un CLSC], ils nous ont proposé de faire ça avec la direction. La direction a bien accueilli ça. Et puis c'est orienté vers les personnes nouvellement immigrantes, donc c'est principalement la population qu'on reçoit [...] On doit adapter ça à nos usagers puisque ce ne sont pas des personnes avec des diagnostics. On n'est pas vraiment des spécialistes dans le domaine. Ce sont des personnes qui présentent principalement des troubles émotionnels liés à l'immigration ». (GD1, CEMTL)

En résumé, les collaborations établies entre les intervenant-e-s des services de proximité en santé mentale et d'autres acteurs du milieu communautaire permettraient de connaître et de mieux comprendre les besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle (Alvarez et collab., 2014), d'assurer une liaison ou d'accompagner ces personnes vers les ressources appropriées, comme c'est le cas d'organismes venant en aide aux personnes réfugiées (Xavier et collab., 2021).

6. Recommandations

6.1 Champ d'application des recommandations

Les recommandations présentées dans ce document ne pourront s'appliquer que dans la mesure où elles sont conformes aux lois, aux normes et aux règlements qui émanent des autorités canadiennes et québécoises et qui régissent les établissements de santé concernés.

6.2 Résultats de la délibération sur les recommandations

Les 18 recommandations ([en bleu](#)) issues de l'atelier délibératif et ayant fait l'objet d'une validation par les 23 participant·e·s à cet atelier sont présentées ici selon les cinq thématiques relatives aux stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services de proximité en santé mentale. Chacune de ces recommandations est accompagnée de conditions d'implantation suggérées par ces mêmes participant·e·s au cours de cet atelier. Le cas échéant, les résultats sur l'efficacité des stratégies identifiées dans la littérature sont présentés dans un encadré.

Les résultats de cette démarche sont présentés, dans les lignes qui suivent, par ordre descendant de la force de recommandations.

- ▶ Les recommandations n^{os} 4,5,6,8,9,11,13,14 ont reçu **la meilleure cote** de la part du comité consultatif avec un score de quatre critères sur quatre, et cela sans réserve ;
- ▶ En second lieu, les recommandations n^{os} 1, 2, 7, 17 ont obtenu un score de trois critères sur quatre et sans réserve, pour les critères Faisabilité-Pertinence-Signification ;
- ▶ En troisième place, les recommandations n^{os} 3, 10, 16, 18 ont obtenu un score de trois critères sur quatre, et cela sans réserve, pour les critères Faisabilité ou Pertinence ou Signification et Efficacité;
- ▶ Enfin, les recommandations n^{os} 12 et 15 ont obtenu un score de deux critères sur quatre, avec réserve.

Aucune recommandation n'a été rejetée (« non recommandée ») par le comité consultatif.

Thème 1. Gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle

À la lumière des commentaires du comité consultatif en lien avec la gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle, les trois recommandations suivantes sont proposées :

1. Mettre sur pied un comité décisionnel et intersectoriel (santé mentale, immigration) - incluant des personnes de la diversité ethnoculturelle sur une base paritaire - qui s'assurera de la promotion de changements structurels d'adaptation culturelle, d'élaborer le plan stratégique des activités à implanter, de la supervision et de la documentation du processus, et d'en assurer le suivi.

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère que ce comité :

- ▶ Soit opérationnel;
- ▶ S'assure de l'élaboration d'un plan stratégique et de la promotion de changements structurels d'adaptation culturelle;
- ▶ Soit rattaché à une instance de la haute direction pour s'assurer de l'implantation des recommandations;
- ▶ Assure l'intégration des recommandations dans les directions de santé mentale;
- ▶ Soit responsable de la supervision, de la documentation du processus et de la reddition de compte;
- ▶ Soit associé à la démarche « Diversité-Équité-Inclusion-Appartenance » (DÉIA), ou Équité-Diversité-Inclusion (EDI);
- ▶ Soit paritaire au niveau de la représentativité des personnes de la diversité ethnoculturelle;
- ▶ Soit multisectoriel, incluant des organismes communautaires en santé mentale et en immigration;
- ▶ Et que son mandat soit attribué à un comité existant.

2. Actualiser périodiquement le portrait des personnes de la diversité ethnoculturelle résidant sur le territoire montréalais afin d'adapter l'offre de services de santé mentale en fonction de leurs besoins.

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère que ce portrait des personnes :

- ▶ Soit basé sur des données quantitatives et qualitatives et le fruit d'une collaboration avec les chercheur·euse·s, les organisations communautaires et la santé publique;
- ▶ Tienne aussi compte des savoirs contextuels et expérientiels que les producteur·trice·s de données détiennent sur les personnes de la diversité ethnoculturelle.

3. Que la haute direction des établissements de santé mette en place des mécanismes d'évaluation des stratégies d'adaptation culturelle.

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère :

- ▶ Qu'un mécanisme de suivi des stratégies d'adaptation culturelle soit adopté et respecté;
- ▶ Que ces mesures soient évaluées dans le temps;
- ▶ Que ces mesures reposent sur des critères précis : sondage de satisfaction des usager·ère·s, rétention de l'apprentissage des formations, taux de suivi, etc.

Thème 2. Ressources humaines, matérielles et financières

À la lumière des commentaires du comité consultatif en lien avec les ressources humaines, matérielles et financières, les six recommandations suivantes sont proposées :

4. Valoriser l'embauche de personnes ouvertes à la diversité ethnoculturelle et le bagage culturel du futur employé.

L'embauche de personnel biculturel serait efficace comme stratégie d'attraction des usager·ère·s (Q1) et pour l'augmentation de l'utilisation des services (Q2) (Snowden et collab., 2006). Le jumelage culturel améliore la compréhension mutuelle, renforce l'alliance thérapeutique (Xavier et collab., 2021), mais ne démontre pas d'effet significatif sur l'utilisation des services (Ruglass et collab., 2014).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère que la valorisation de l'embauche implique :

- ▶ D'intégrer des facteurs de compétences culturelles dans le processus d'embauche;
- ▶ D'intégrer le savoir-être à la grille d'entrevue d'embauche;
- ▶ D'amorcer une réflexion sur les risques de discrimination chez les équipes cliniques;
- ▶ De considérer la pénurie de personnel;
- ▶ D'offrir le jumelage culturel aux personnes de la diversité ethnoculturelle qui le souhaitent : pour certaines d'entre elles, cela les dévalorise (honte) alors que pour d'autres cela faciliterait l'accès et l'utilisation des services de santé mentale.

5. Encourager l'embauche de personnes qui connaissent le français, l'anglais (pour les établissements désignés), et d'autres langues.

L'embauche de personnel bilingue serait efficace comme stratégie d'attraction des usager·ère·s (Q1) et pour augmenter l'utilisation des services (Q2) (Snowden et collab., 2006). Le recrutement dans les programmes universitaires offerts dans une autre langue permettrait de rejoindre de futurs intervenants qui pourraient aborder la spécificité culturelle des personnes de la diversité ethnoculturelle (Paris et collab., 2016). D'ailleurs, afin d'offrir des soins adaptés à la langue (thème 4), plusieurs auteur·trice·s considèrent que le personnel bilingue ou multilingue facilite le déroulement des consultations (Valdez et collab., 2011), la compréhension des subtilités de la conversation (Alvarez et collab., 2014), la communication et la consolidation de la relation thérapeutique (Harding et collab. 2015). Cela améliorerait les services offerts (Valdez et collab., 2011), mais ne permettrait pas de prédire l'engagement dans les soins (Stein et collab., 2014) (Q2).

Comme condition d'implantation, le comité consultatif suggère de prendre en considération que le manque de ressources allonge les délais d'attente pour accéder aux services.

6. Recruter des personnes de la diversité ethnoculturelle dans des fonctions clés (p. ex. : spécialiste en soins et interventions culturellement adaptés, agent de liaison).

L'étude d'Evans et collab. (2014), qui indique que l'embauche d'un agent de liaison en santé mentale de la diversité ethnoculturelle dans une clinique de médecine générale serait efficace pour l'amélioration de l'orientation des usager·ère·s vers les services de thérapie (Q1).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère de prendre en considération que pour le recrutement pour des fonctions clés :

- ▶ La rigidité actuelle dans certaines organisations, en ce qui concerne les diplômes et les formations, limite l'implantation d'une telle recommandation;
- ▶ Les ressources actuelles sont insuffisantes (bassin de candidats restreint);
- ▶ Les budgets devraient être ajustés.

7. Offrir une formation de base pour tous les employés, ainsi que des formations ciblées, basées sur le développement du savoir-être avec les personnes de la diversité ethnoculturelle et sur les interventions interculturelles en contexte de soins en santé mentale.

Les formations amélioreraient la sensibilité culturelle, les connaissances et compétences du personnel (Delphin-Rittmon et collab., 2016), les diagnostics, les traitements appropriés et l'adhésion des usager·ère·s (Bationo et collab., 2017). Elles permettraient de ne pas rompre la confiance avec l'usager·ère, de renforcer l'alliance thérapeutique (Holden et collab., 2014) et d'offrir des services plus satisfaisants et respectueux (Priebe et collab., 2011). Elles peuvent aussi contribuer à des changements organisationnels (Delphin-Rittmon et collab., 2016) (Q2).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère que les formations :

- ▶ Ne soient pas basées sur le profil d'une communauté ethnoculturelle en particulier;
- ▶ Visent le développement du savoir-être avec les personnes de la diversité ethnoculturelle;
- ▶ Portent sur les interventions interculturelles en contexte de soins de santé mentale;
- ▶ Soient orientées vers une approche « patient-partenaire ».
- ▶ Et qu'une formation de base soit maîtrisée par tous et complétée par des formations plus ciblées.

8. Traduire, adapter et rendre accessible en différentes langues, et dans un langage simplifié, les formulaires d'accès aux services, les descriptions des services et programmes, ainsi que les ressources éducatives et de sensibilisation à la santé mentale.

Cette recommandation s'appuie sur des études qui indiquent que lorsque la documentation est culturellement adaptée, elle peut être efficace pour réduire la stigmatisation autour de la médication, améliorer les connaissances (Healey et collab., 2017), permettre d'accéder et de recevoir les services et traitements appropriés (Priebe et collab., 2011). Cependant, il n'y aurait pas de différence significative en comparaison à une documentation non adaptée concernant l'identification du problème ou la volonté de demander de l'aide (Healey et collab., 2017) (Q1).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère que la documentation :

- ▶ S'adresse aux personnes de la diversité ethnoculturelle qui sont les moins privilégiées, dans une visée d'accessibilité universelle;
- ▶ S'inspire d'initiatives comme *Le cerveau à tous les niveaux* (McGill) et de l'information offerte à l'accueil par le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA);
- ▶ Soit adaptée à la santé mentale;
- ▶ Tienne compte des aspects juridiques autour de la traduction en vertu de la Loi 101 et de la Loi 96 au Québec.

9. Maintenir et concentrer les ressources financières et le soutien administratif afin de faciliter un accès rapide à des interprètes, à des services de médiation culturelle et de traduction.

Comme condition d'implantation, le comité consultatif suggère de s'assurer que les ressources financières soient suffisantes et de faciliter l'utilisation de services de traduction et l'utilisation de modalités numériques (p. ex., un enregistreur vocal tel que *Voice*).

Thème 3. Initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services de santé mentale et à susciter leur engagement au traitement

À la lumière des commentaires du comité consultatif en lien avec les initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services de santé mentale et à susciter leur engagement au traitement, les deux recommandations suivantes sont suggérées :

10. Proposer des activités de sensibilisation, en co-construction avec les personnes de la diversité ethnoculturelle, sur les services de santé disponibles.

Des études reconnaissent l'efficacité de la stratégie pour rejoindre les personnes des communautés ethnoculturelles moins visibles dans l'espace public (Codjoe et collab., 2021), pour leur offrir une meilleure connaissance des problèmes de santé mentale (Muvuka et collab., 2020; Scribner et collab., 2020) et des ressources en santé mentale (Jung et Aguilar, 2016; Sharma et collab., 2022), pour les motiver à chercher de l'aide, à avoir une meilleure attitude envers le traitement (Lee-Tauler et collab., 2018) et à réduire la stigmatisation (Sharma et collab., 2022; Wrenn et collab., 2017). Cette stratégie s'est avérée efficace pour les orienter vers les services de santé mentale, à recevoir des soins, à s'y engager (Scribner et collab., 2020; Williams et collab., 2014) ainsi qu'à avoir un accès plus facile aux services (Sharma et collab., 2022)

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère que les activités de sensibilisation considèrent :

- ▶ De vulgariser l'information diffusée lors de ces activités, avec des mots simples et en différentes langues;
- ▶ De s'assurer de la cohésion des messages au sein des différentes directions des établissements de santé;
- ▶ De porter aussi sur la santé mentale, et non pas seulement sur les services de santé en général;
- ▶ D'offrir des activités de sensibilisation variées et de pouvoir compter sur des médiateurs culturels pour faciliter la communication avec les personnes de la diversité ethnoculturelle;
- ▶ Que les personnes responsables évitent d'adopter une position d'expert avec les personnes de la diversité ethnoculturelle (faire preuve d'humilité culturelle) et qu'elles s'adaptent à la réalité culturelle des personnes immigrantes;
- ▶ De sensibiliser des leaders religieux à la santé mentale dans le cadre d'interventions éducatives (co-construction des activités entre établissements publics et milieux religieux);
- ▶ De pouvoir disposer d'un intervenant pivot attiré; une des barrières possibles à la pérennité de ce type d'activités étant le roulement du personnel.

Le comité consultatif suggère aussi de prendre en considération que le problème actuel de rétention du personnel des services de santé nuit au développement d'un lien de confiance entre les intervenant-e-s et les personnes de la diversité ethnoculturelle.

11. Informer les personnes de la diversité ethnoculturelle au moyen de différents outils (numériques et traditionnels), avec le soutien de personnes-ressources dans le domaine des communications, et en évaluer les retombées. Le contenu des messages serait culturellement et linguistiquement adapté par et pour les personnes de la diversité ethnoculturelle.

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère que le succès d'implantation d'outils d'information repose notamment sur l'importance :

- ▶ De personnaliser ces outils pour rejoindre les communautés ethnoculturelles, et, à cet effet, les consulter au sujet de l'outil de communication qui leur conviendrait le mieux;
- ▶ D'impliquer l'équipe des communications des établissements de santé et les personnes-ressources dans les communautés ethnoculturelles dans cette démarche.

Thème 4. Prestation de soins et de services culturellement adaptés

À la lumière des commentaires du comité consultatif en lien avec la prestation de soins et de services culturellement adaptés, les cinq recommandations suivantes sont suggérées :

12. Rapprocher les services de santé mentale des communautés ethnoculturelles, et vice-versa, notamment par l'entremise d'activités culturelles et artistiques.

Cette recommandation s'appuie sur des études qui reconnaissent que cette stratégie faciliterait l'identification et l'orientation vers les services, leur accès et l'engagement des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins (Nadeau et collab., 2014; Priebe et collab., 2011; Snowden et collab., 2006) Cela contribuerait aussi à la stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale (Stein et collab., 2014)

Comme condition d'implantation, le comité consultatif suggère de prendre en considération que la complexité et la rigidité du système de santé actuel ainsi que les normes syndicales ne permettent pas les déplacements du personnel et l'étendue des horaires de travail.

13. S'assurer de la disponibilité et d'un accès facilité et continu à des interprètes professionnels qualifiés à l'égard des personnes de la diversité ethnoculturelle.

Cette recommandation s'appuie sur des études qui indiquent qu'au niveau de l'accès, le respect des rendez-vous lorsqu'il y a un interprète professionnel serait renforcé (Brisset et collab., 2014). L'interprète professionnel·le améliore la compréhension de l'utilité d'utiliser des services psychologiques et psychiatriques (Miller et collab., 2015). Au niveau de l'utilisation et de l'engagement, les personnes de la diversité ethnoculturelle seraient plus assidues aux consultations lors de la présence d'un membre de la famille ou d'un·e ami·e qui agit comme interprète, ou en présence d'un·e interprète professionnel·le, que lorsqu'il s'agit d'un interprète *ad hoc* du service de santé (Brisset et collab., 2014). L'interprète professionnel·le peut faciliter l'utilisation et l'engagement dans les services en exprimant de l'empathie et en développant une relation de confiance (Miller et collab., 2015), en facilitant la communication et la relation thérapeutique (Kirmayer et collab., 2011; Priebe et collab. 2011). Sa compréhension des spécificités culturelles contribue à réduire la disparité dans l'utilisation des services (Kirmayer et

collab., 2011). Le recours à la famille comme interprète peut engendrer un conflit intergénérationnel et nuire à la confidentialité des informations (Battaglini et collab., 2005). Cette solution ne devrait être envisagée qu'en dernier recours (Kirmayer et collab., 2011).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère de :

- ▶ Faciliter l'accès à un·e interprète professionnel·le qui serait formé·e au contexte de la santé mentale;
- ▶ Former les intervenant·e·s sur le travail avec les interprètes.

Le comité consultatif suggère aussi de prendre en considération que l'accès rapide à des interprètes et à des services de traduction demeure un enjeu important à considérer (Recommandation 9).

14. Intégrer la médiation interculturelle dans les établissements de santé mentale en misant sur du personnel qualifié.

Les médiateur·trice·s interculturel·le·s peuvent favoriser l'intégration des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les systèmes de santé, soutenir leur autonomie et faciliter la relation thérapeutique en établissant un lien de confiance. Par contre, peu de données empiriques prouvent l'efficacité de la médiation interculturelle : pour améliorer l'accessibilité des soins pour les personnes réfugiées et les immigrant·e·s, pour améliorer la qualité des soins, sur l'observance du traitement, sur le respect des droits et sur la sécurité des patients, et sur les résultats des traitements (Verrept, 2019).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère de prendre en considération que l'intégration de la médiation interculturelle est :

- ▶ Appropriée à un contexte organisationnel particulier en raison des enjeux culturels que cela implique;
- ▶ Un défi vis-à-vis la formation des interprètes qui pourrait jouer ce rôle;
- ▶ Difficile à mettre en place et à promouvoir.

15. Impliquer et accompagner les personnes de la diversité ethnoculturelle et leurs proches dans les soins offerts en santé mentale, et prendre en compte leurs perceptions et croyances à cet égard.

Plusieurs études démontrent que de traiter les familles comme partenaires améliore l'accès aux services et contribue à l'engagement dans les soins (Nadeau et collab., 2014; 2017; Shannon et collab., 2016; Xavier et collab., 2021). Cependant, pour les jeunes, les rencontres sans la présence des parents favoriseraient cet engagement (Sharma et collab., 2022).

Comme condition d'implantation, le comité consultatif suggère de faire preuve d'ouverture au sujet de la religion et du contexte sociopolitique qui marquent l'héritage culturel des personnes de la diversité ethnoculturelle.

16. Viser une continuité des services basée sur la familiarité et la confiance des personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des intervenant·e·s des services de santé mentale.

La familiarité à l'égard des intervenant·e·s améliorerait la continuité des soins (Pogar et collab., 2016). Or, la continuité des soins et des relations positives entre intervenant·e·s et personnes de la diversité ethnoculturelle sont considérées comme des pratiques favorisant l'engagement de ces dernières dans les soins et services (Priebe et collab., 2011).

Comme condition d'implantation, le comité consultatif suggère de prendre en considération que l'instabilité (roulement) du personnel fragilise la continuité et la qualité des soins offerts aux personnes de la diversité ethnoculturelle, surtout lorsque des interprètes professionnels sont impliqués.

Thème 5. Liens interétablissements pour la dispensation de services aux personnes de la diversité ethnoculturelle

À la lumière des commentaires du comité consultatif en lien avec la prestation de soins et de services culturellement adaptés, les deux recommandations suivantes sont suggérées :

17. Assurer une collaboration et une coordination bidirectionnelle entre les services de proximité en santé mentale et les organismes communautaires pour l'orientation et l'accompagnement des personnes de la diversité ethnoculturelle vers les services de santé mentale.

La contribution d'une·e médiateur·trice qui œuvre entre les services s'avère efficace autant au niveau de l'accès, en rendant les jeunes plus réceptif·ve·s au counseling (Brar-Josan et Yohani, 2019), qu'au niveau de l'utilisation des services, en fournissant des informations pertinentes aux praticien·nes (Brar-Josan et Yohani, 2019), ainsi que par leur présence à la première rencontre en rendant les jeunes plus à l'aise et en facilitant cette nouvelle relation (Brar-Josan et Yohani, 2019; McKinney, 2007). Les leaders communautaires aident à la navigation entre les ressources et services appropriés (Im et collab., 2021) et à l'orientation des personnes de la diversité ethnoculturelle vers ces services (McKinney, 2007). Cette collaboration avec des organismes communautaires est vue comme étant efficace (29 %) pour l'accès aux services (Snowden et collab., 2006). Les ateliers organisés en collaboration ne réussissent pas toujours à faciliter l'accès aux soins (Lee et collab., 2008). Ils peuvent cependant augmenter la prise de conscience des désordres mentaux, par exemple en milieu ecclésiastique (Lee et collab., 2008).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère :

- ▶ Qu'une présentation des services offerts en lien avec la santé mentale soit offerte aux services de santé de proximité et des organismes communautaires;
- ▶ De mieux définir le corridor de services pour assurer la qualité des soins offerts.

18. S'engager dans le développement de projets de partenariat entre les services de santé de proximité et les organismes communautaires, en vue d'offrir du soutien en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle.

L'efficacité du partenariat a été démontrée par plusieurs études. Des partenariats entre les services peuvent donner un accès immédiat aux services, faciliter le processus d'orientation, notamment par un navigateur en santé. Ce modèle s'est montré efficace pour hausser les évaluations psychiatriques, hausser la rapidité et l'efficacité des examens, ainsi que du traitement des usagers à l'aide de soins culturellement adaptés (Paris et collab., 2016). Une intervention éducationnelle s'est montrée efficace pour la sensibilisation des fidèles par les leaders spirituels, l'orientation, la référence vers des ressources en santé mentale et dans l'engagement dans les services de thérapies (Garner et Kundel, 2020). Les partenariats peuvent aussi mettre en place un cadre de référence, qui améliore l'acceptabilité et l'accessibilité des services en santé mentale offerts aux personnes de la diversité ethnoculturelle (Janzen et collab., 2010).

Comme conditions d'implantation, le comité consultatif suggère de prendre en considération que :

- ▶ Certains ateliers préparés conjointement par les établissements du RSSS et les organismes communautaires sont déjà offerts aux personnes de la diversité ethnoculturelle);
- ▶ Les collaborations de ce type sont utiles pour la promotion des services en santé mentale;
- ▶ Cette recommandation est appropriée advenant la disponibilité de ressources à cet effet dans les services de santé et dans les organismes communautaires.

7. Discussion

7.1 Compétence culturelle et adaptation culturelle au niveau organisationnel

L'objectif général de cette évaluation consiste à identifier des stratégies d'adaptation culturelle au niveau organisationnel afin d'éclairer la décision visant à implanter de telles stratégies aux CEMTL et CCOMTL, ce qui faciliterait l'accès aux services de proximité en santé mentale, leur utilisation et l'engagement dans les soins et les services de santé mentale par les personnes de la diversité ethnoculturelle qui résident sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL.

Cette évaluation s'inscrit dans le contexte d'événements mettant en cause les soins et les services offerts aux personnes de la diversité ethnoculturelle par les organisations de santé et des services sociaux. Pour ces personnes de la diversité ethnoculturelle, la situation problématique en cause est la suivante : elles se heurtent à divers obstacles qui limitent leur accès aux soins et aux services de proximité en santé mentale et, conséquemment, à leur utilisation et à leur engagement dans les soins et services qui y sont offerts. Ces obstacles sont souvent associés à l'absence d'adaptation culturelle des soins et services offerts par les établissements de santé. À ce sujet, d'après les données recueillies dans la littérature, mais aussi auprès d'informatrices clés et de participant·e·s aux entretiens menés avec des membres du personnel d'établissements de santé et d'organismes communautaires qui accueillent des personnes de la diversité ethnoculturelle, les principaux obstacles sont :

- ▶ Le manque d'information et d'une documentation adaptée sur les services de proximité en santé mentale qui sont disponibles pour ces personnes ;
- ▶ La localisation et l'horaire de ces services ;
- ▶ Les différences culturelles et linguistiques entre ces personnes et le personnel d'un établissement de santé ou d'un organisme communautaire ;
- ▶ L'engagement de ces personnes dans les soins et les services offerts ;
- ▶ Le développement d'une relation de confiance avec le personnel clinique ;
- ▶ La continuité des services (suivis, orientation et accompagnement adéquat interservices).

En conséquence, plusieurs organisations, dont le CEMTL et le CCOMTL se sont donné comme objectif d'accroître l'équité, la diversité, l'inclusion et l'appartenance (EDIA) dans la prestation des services de santé, et parmi leur personnel, afin de répondre aux besoins particuliers des personnes de la diversité ethnoculturelle qui représentent une proportion de plus en plus importante de la population desservie par ces CIUSSS. Les initiatives visant à adapter les services afin de répondre aux besoins de ces personnes sont variées et se situent à plusieurs niveaux.

Comme mentionné plus haut dans ce document, le concept de compétence culturelle est largement utilisé lorsqu'il est question de stratégie d'adaptation culturelle. Or, comme le soulignent Curtis et collab. (2019), il ne faut pas s'étonner que les organisations de santé aient tendance à concevoir la compétence culturelle au niveau individuel, parfois au niveau clinique, plutôt qu'au niveau structurel. En effet, selon Kumagai et collab. (2009, tiré de la revue de Curtis et collab., 2019), ces organisations ont tendance à limiter

la compétence culturelle à la connaissance des caractéristiques, croyances et pratiques de groupes minoritaires, ainsi qu'à l'apprentissage d'habiletés, d'attitudes d'empathie et de compassion dans les communications établies avec les personnes de la diversité ethnoculturelle.

Viser la compatibilité entre les caractéristiques culturelles et linguistiques des personnes de la diversité ethnoculturelle et les modalités d'adaptation des infrastructures organisationnelles des services de proximité pour ces personnes, tel que proposé par Hernandez et collab. (2009) fait contrepoids à cette approche « individualisante » de la compétence culturelle. L'orientation adoptée par Hernandez et collab. n'est guère éloignée de celle que s'est donnée le MSSS dans son [cadre de référence](#) (2023) dans le but d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité pour l'ensemble de la population québécoise. En effet, on y mentionne que le mandat des services de proximité est de s'assurer qu'ils soient en adéquation avec les caractéristiques territoriales et populationnelles. Ainsi, plus une organisation en sait sur la population de son territoire, plus elle sera en mesure d'adapter ses structures, ses services et les mesures utilisées pour évaluer les services offerts.

De même, afin de s'assurer que les personnes aient accès aux bons services en temps opportun, la coordination et la complémentarité des différents secteurs et partenaires sont déterminantes, comme il en a été question dans la cinquième thématique du présent rapport d'évaluation. En effet, d'après ce cadre de référence, « la gouvernance collective permet de consolider une structure et des processus formels de coordination avec les partenaires publics, privés et communautaires et intersectoriels ainsi qu'avec les usagers et les membres de leur entourage ». (MSSS, 2003, p. 27) Les liens établis entre différentes ressources en santé et en services sociaux et les milieux communautaires favorisent un « mécanisme de prise de décision collective » (*ibidem*, p. 28).

Par ailleurs, dans la littérature analysée, les stratégies d'adaptation culturelle identifiées sont transversales à différents types d'organisations de santé. Ces stratégies ont été regroupées ici autour de cinq thèmes principaux :

1. Gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle;
2. Ressources humaines, matérielles et financières;
3. Initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services de santé mentale et à susciter leur engagement au traitement;
4. Prestation de soins et de services culturellement adaptés ;
5. Liens interétablissements pour la dispensation de services aux communautés ethnoculturelles.

Ce classement thématique a été utilisé pour la collecte de données contextuelles et expérientielles auprès du comité de suivi et de participant-e-s à des entretiens (entretiens collectifs, groupes de discussion). Les principaux résultats qui s'en dégagent se présentent ainsi.

Premièrement, la représentation ou encore la participation des personnes de la diversité ethnoculturelle à différents niveaux (instances de gouvernance, comité d'élaboration et d'implantation de stratégies d'adaptation culturelle, présence au sein du personnel, etc.) est proposée par plusieurs auteur-trice-s. L'objectif d'une plus grande présence et de l'apport de personnes de la diversité ethnoculturelle dans le système de santé se traduirait, selon ces dernier-e-s, par l'adaptation de stratégies de recrutement de personnel (miser sur les compétences plutôt que sur les diplômes, engager un coach d'insertion, etc.).

Dans le même ordre d'idées, une meilleure connaissance de ces populations, de ses caractéristiques et des enjeux qu'elles rencontrent favoriserait l'adaptation des services qui leur sont destinés. Cette stratégie est en cohérence avec le cadre de référence nommé plus haut, où la consultation des communautés ethnoculturelles et linguistiques, pour connaître leurs priorités, est spécifiée (MSSS, 2023, p.13).

Deuxièmement, l'importance de l'évaluation est une dimension à ne pas négliger et ce à différents niveaux : celui de l'appréciation des services par les usager·ère·s, du suivi des processus d'adaptation et des compétences culturelles (implantation, indicateurs, mesures de performance, etc.), et celui des mécanismes de plainte et leur suivi, lors de situation de violence, de racisme ou de discrimination par des usager·ères ou par le personnel des établissements.

En troisième lieu, la formation (continue) serait une composante essentielle, comme point de départ pour acquérir des informations et des outils, ainsi que pour développer les différentes approches et compétences pour intervenir en contexte interculturel. Dans les groupes de discussion menés pour la présente évaluation, plusieurs participant·e·s ont souligné que ces formations devraient être accompagnées de mécanismes de rétention et d'intégration de l'information. Ce qui pourrait se faire, notamment, par l'entremise d'une période de temps réservé à des échanges entre les intervenant·e·s pour discuter des enjeux rencontrés dans leurs pratiques auprès des personnes de la diversité ethnoculturelle.

En quatrième lieu, l'accueil, le développement d'un lien de confiance ou thérapeutique, ainsi que la continuité des soins basée sur un lien de familiarité entre le ou la prestataire de soins et l'usager·ère des services joueraient un rôle majeur dans l'utilisation et l'engagement de ces dernier·ère·s dans les soins. Concernant l'offre d'un jumelage culturel et linguistique, des informatrices clés ont proposé qu'une certaine vigilance soit exercée à ce sujet en raison de préjugés potentiels dont les personnes de la diversité ethnoculturelle peuvent faire l'objet et du fait que les communautés ethnoculturelles ne sont pas homogènes. De là, l'importance de pouvoir miser davantage sur l'ouverture d'esprit, la décentration et la sensibilité à leur égard que de porter une trop grande attention à l'appartenance ethnoculturelle.

Par ailleurs, les données recueillies sur l'utilisation des services d'interprétariat sont en cohérence avec celles ayant mené aux recommandations formulées dans le rapport d'ETMI intitulé [L'interprétariat en tant que mode d'intervention en santé et en services sociaux](#) (Briand-Lamarche et collab., 2017). Il y est aussi question de l'importance de tenir compte des préférences de l'usager concernant ce type de service et sur le type d'interprètes à privilégier. La reconnaissance du temps nécessaire au travail avec un interprète et la formalisation du temps pour les échanges avant et après l'intervention entre l'interprète et le ou la clinicien·ne ne favoriseraient pas les conditions de sa pratique. La formation continue des intervenant·e·s qui travaillent en présence d'interprètes est aussi une composante à prendre en considération pour une offre de services adaptés aux personnes de la diversité ethnoculturelle. Des mesures et des politiques qui prennent en considération les barrières linguistiques ainsi que le recours aux services d'un interprète s'inscrivent également dans le [cadre de référence](#) du MSSS sur les services de proximité (MSSS, 2023, p.13).

Enfin, une cinquième stratégie d'adaptation culturelle identifiée dans la littérature est celle faisant état de la collaboration entre les services de proximité et leurs partenaires. Ce type de collaboration favoriserait : 1) l'accès à une meilleure connaissance des populations ; 2) la sensibilisation, la promotion, l'information et la formation ; 3) le rapprochement avec les communautés ; et 4) l'orientation, l'accompagnement et le développement d'un lien avec les personnes de la diversité ethnoculturelle. Le milieu communautaire fait partie intégrante des collaborateurs qui peuvent jouer un rôle significatif dans l'adaptation culturelle des services de santé mentale de proximité. Il en est de même des lieux de culte qui représentent des endroits privilégiés pour sensibiliser les ecclésiastiques aux problèmes de santé mentale de leurs fidèles et de la disponibilité des services de proximité en santé mentale. Le milieu de la recherche peut également

appuyer les CIUSSS dans leur mandat de mieux connaître la population qui réside sur leurs territoires de services, mais aussi contribuer à l'amélioration de l'état de santé mentale de celle-ci en menant des recherches (participatives) impliquant une diversité d'acteurs·trice·s locaux.

Concernant les 18 recommandations évaluées, et validées dans une étape subséquente, par le comité consultatif au cours d'un atelier délibératif, cette démarche a été réalisée en tenant compte de quatre critères : la faisabilité, la pertinence, la signification, et l'efficacité (lorsque mentionnée dans les publications analysées). Quant à la force de ces recommandations, elle a été jugée par ce même comité à partir des critères suivants : recommandations sans réserve, recommandations avec réserve, non recommandée. Bien qu'aucune recommandation n'ait été rejetée (« non recommandée ») par le comité consultatif, huit d'entre elles ont obtenu une meilleure cote (recommandations n^{os} 4,5,6,8,9,11,13,14), quatre autres arrivent au second rang (recommandations n^{os} 1, 2, 7, 17), et quatre autres occupent la troisième place (recommandations n^{os} 3, 10, 16, 18). Enfin, les recommandations n^{os} 12 et 15 sont celles dont la force a été jugée comme étant plus faible.

Pour conclure la discussion sur ce point, on observe que, de façon générale, les résultats obtenus dans cette évaluation convergent avec ceux présentés dans d'autres ETMI. Par exemple, le rapport d'ETMI sur l'interprétariat citée précédemment a également mis en évidence l'importance du développement de liens entre les établissements et la communauté. D'après les autrices de ce rapport d'ETMI, les liens significatifs avec les organismes communautaires ainsi qu'avec les leaders formels et informels peuvent favoriser une meilleure collaboration avec les membres de ces communautés. Ces derniers auraient avantage à mieux faire connaître les services d'interprétariat, à s'assurer de l'amélioration des habiletés des intervenant·e·s et des interprètes pour mener à bien de telles interventions, ainsi qu'à s'assurer de la formation continue des intervenant·e·s en interprétariat, et au contexte interculturel. Ces orientations s'arriment avec celles qui sous-tendent les stratégies d'adaptation culturelle présentées ici.

Par ailleurs, une partie des résultats présentés dans le rapport d'ETMI de Bentayeb et collab. (2022) au sujet des réseaux intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans, va dans le même sens que nos résultats. C'est notamment le cas de la proximité (colocalisation), d'une offre d'horaire flexible des services, de locaux spécialement aménagés pour accueillir les jeunes. De plus, la garantie de la confidentialité des informations obtenues auprès de ces jeunes, la promotion des services offerts (notamment par l'entremise des réseaux sociaux), la représentativité des intervenant·e·s des communautés ethnoculturelles (notamment pouvoir communiquer dans la langue maternelle), ainsi que la nécessité de collaborer avec d'autres organisations (milieu scolaire, centres d'emploi, etc.) afin de répondre aux demandes des jeunes issus de l'immigration, sont des stratégies organisationnelles similaires à celles identifiées dans la présente évaluation.

En résumé, comme nous avons pu le constater tout au long de cette évaluation, une organisation peut devenir culturellement compétente en prenant une série de mesures, à différents niveaux, afin de s'assurer que sa structure et son offre de services répondent aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle. Les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle identifiées dans la littérature et celles rapportées par nos interlocuteur·trice·s s'inscrivent dans une volonté d'équité en matière de santé pour les personnes de la diversité ethnoculturelle.

7.2 Limites de l'évaluation

Cette évaluation comporte plusieurs limites. La recherche documentaire nous a appris qu'il existe une vaste littérature sur l'adaptation culturelle de services de santé. Cependant, cette littérature est moins volumineuse quand il est question de services de santé mentale, particulièrement lorsqu'il s'agit de services de proximité en santé mentale (services de 1^{re} ligne, organismes communautaires, cliniques, etc.). Enfin, le volume des écrits diminue encore davantage quand il est question de stratégies d'adaptation culturelle au niveau « organisationnel ».

Sur ce point précis, opter pour une revue intégrative s'avère bénéfique puisque la littérature recensée comporte peu de littérature empirique sur des effets mesurés suivant la mise en place de stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle. Les auteurs et autrices de la littérature analysée proposent essentiellement des composantes de modèles, des cadres d'analyse (*frameworks*) ou des indicateurs visant à évaluer ce type de stratégies au sein d'une organisation.

Par ailleurs, une limite majeure à la portée des résultats obtenus dans le cadre de cette évaluation réside dans la nature des devis de recherche des publications analysées ainsi que les objectifs poursuivis par leurs auteur-e-s²⁴. Ce sont essentiellement des études qualitatives ou descriptives, basées sur la technique de l'entretien, et dont les résultats informent davantage sur des stratégies organisationnelles potentiellement prometteuses que sur des stratégies ayant fait l'objet d'une réelle évaluation d'implantation. En cela, l'impact de ces résultats sur les effets à moyen et à long terme mentionnés dans le modèle logique (voir la [figure 2](#)) reste indéterminé.

Aussi, bien que l'efficacité des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle ne figure pas au centre de l'analyse, elle a été prise en compte dans la synthèse des résultats, et même à l'étape de la formulation de recommandations. Sur ce point, les résultats tirés de l'ensemble des types de données recueillies indiquent une amélioration de l'accessibilité, de l'utilisation et de l'engagement des populations de la diversité ethnoculturelle dans les soins et les services de proximité en santé mentale advenant l'implantation de telles stratégies dans les établissements concernés. Outre ces effets, une meilleure continuité des services et l'amélioration de la compétence culturelle des organisations figurent comme des conditions propices pour améliorer l'état de santé mentale des personnes de la diversité ethnoculturelle et favoriser un meilleur continuum de soins et de services. Ces résultats doivent toutefois être considérés avec prudence étant donné la quasi-absence de mesures standardisées de ces effets.

La revue intégrative, comme type de revue, possède aussi ses propres limites. D'abord, elle n'est pas aussi exhaustive qu'une revue systématique de la littérature. Ensuite, les étapes d'une revue intégrative ne mènent pas à la formulation de recommandations (Toronto et Remington, 2020; Whitemore et Knafl, 2005). Néanmoins, pour le présent rapport, des recommandations sont présentées dans le but d'éclairer la prise de décision du demandeur de cette évaluation sur l'implantation de stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle dans les services de proximité en santé mentale du CEMTL et du CCOMTL.

Par ailleurs, les données recueillies dans ce type de revue proviennent de différents pays et elles ont été recueillies dans des contextes culturels variés. Ainsi, la transférabilité des résultats au contexte québécois et en particulier pour les services de proximité en santé mentale dont les activités sont encadrées par des législations spécifiques nécessite de prendre en considération les contraintes et les leviers propres à la situation québécoise.

²⁴ Selon Whitemore et Knafl (2005), la combinaison et la complexité de l'incorporation de diverses méthodologies peuvent contribuer à un manque de rigueur, d'inexactitude et de biais.

Enfin, étant donné l'hétérogénéité marquée des devis de recherche inclus dans une revue intégrative, du type d'informations présentées et des résultats obtenus par les auteurs et autrices de ces publications, aucune démarche d'appréciation de la preuve scientifique n'a été entamée par l'équipe projet.

Pour la collecte de données expérientielles, nous avons aussi tenté de rejoindre, en vain, davantage de personnes de la diversité ethnoculturelle ayant utilisé des services de proximité en santé mentale du CEMTL et du CCOMTL. Cette situation représente sans doute une des limites majeures de cette évaluation. La période estivale ainsi que le contexte post-pandémique de la COVID-19 n'y sont sans doute pas étrangers. Par conséquent, nous avons demandé l'avis des personnes interrogées sur leurs connaissances et expériences avec les personnes de la diversité ethnoculturelle. Par ailleurs, nous n'avons pas pu rejoindre de représentant·e·s des groupes de médecine familiale, de cliniques médicales, ni de l'urgence psychiatrique.

Concernant le fonctionnement de l'atelier délibératif, les réponses recueillies auprès du comité consultatif quant aux critères d'appréciation des recommandations ne correspondaient pas toujours aux choix de réponses offerts. Ces critères et leurs définitions pourraient bien ne pas avoir été suffisamment appropriés par les membres du comité consultatif pour qu'ils se prononcent avec clarté. Les conditions d'implantation que les membres du comité consultatif ont ajoutées à leur cotation des recommandations fournissent toutefois des informations utiles à ce sujet. Les documents pour la prise de notes associés à chacun des quatre sous-groupes qui formaient le comité consultatif permettaient aussi de préciser la nature des réponses et de mieux comprendre la cotation des recommandations selon les critères d'évaluation.

À noter que l'arrivée et le départ de certains membres du comité consultatif participant à l'atelier délibératif en mode virtuel ont compliqué la tâche pour la prise de notes ainsi que pour l'animation. Par exemple, les personnes responsables de l'animation de l'atelier ont dû expliquer aux membres qui se sont joints en cours de journée, le contenu et le déroulement de l'atelier. Le fonctionnement en sous-groupes n'a donc pas été toujours optimal sur le plan logistique.

Aussi, davantage de temps aurait été nécessaire aux membres du comité consultatif pour s'approprier le contenu des informations servant à évaluer les recommandations selon les quatre critères prédéfinis. Une seule journée était trop peu compte tenu du nombre de membres de ce comité (23) à cet atelier. Bien que la documentation sur les informations à partir desquelles ces membres devaient se prononcer pour juger des recommandations préliminaires leur avaient été fournies quelques jours précédant cet atelier, le manque d'explication du fonctionnement de l'atelier a sans doute nui à cet égard. Une des conséquences probables de ce manque de temps fut qu'aucune recommandation n'a été rejetée par les membres du comité consultatif.

7.3 Forces de l'évaluation

Cette évaluation s'appuie sur une revue intégrative qui inclut des études empiriques, des études conceptuelles et des cadres d'analyse. Elle diffère donc d'une revue systématique qui s'avère plus exhaustive que celle-ci et axée sur les résultats en provenance d'études empiriques. L'intégration de résultats associés à des publications plus « théoriques » (cadres d'analyse, études qualitatives) dans la présente évaluation a effectivement permis d'identifier des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle de services de proximité en santé mentale, mais aussi des thèmes permettant de regrouper les différents types de données recueillies dans la littérature et auprès des parties prenantes à cette évaluation. D'ailleurs, la collecte de données scientifiques, contextuelles et expérientielles et leur mise en correspondance à l'étape de la synthèse et de l'analyse de ces données ont permis d'identifier et d'évaluer la pertinence de ces stratégies.

Une autre force de cette évaluation est celle d'aller au-delà de stratégies d'adaptation culturelle envisagées sur une base individuelle (par ex., au niveau des intervenant-e-s) sans égard aux changements à envisager à la structure d'une organisation donnée afin de répondre aux besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle qui habitent sur les territoires de services du CEMTL et du CCOMTL.

Par ailleurs, bien que plusieurs des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle identifiées dans la littérature retenue pour la présente évaluation n'ont pas nécessairement déjà été implantées, leur appréciation par les membres du comité consultatif, qui ont également suggéré des conditions d'implantation de ces recommandations, laisse penser qu'elles pourraient néanmoins s'avérer prometteuses. De plus, dans la littérature analysée, les résultats sur l'efficacité réelle ou potentielle de stratégies, le cas échéant, ont été pris en considération, et cela même au niveau des recommandations.

Enfin, la représentativité et l'implication des nombreux membres qui composent le comité de suivi et le comité consultatif de cette évaluation, sans oublier celles des personnes aux fonctions variées qui ont été interrogées dans le cadre d'entretiens et de groupes de discussion menés dans divers organismes et établissements, ont permis de recueillir des informations pertinentes et adaptées au contexte eu égard à la diversité de leurs perspectives. Cela s'est d'ailleurs traduit par les nombreuses conditions d'implantation qui accompagnent les recommandations présentées dans ce rapport.

8. Conclusion

La présente évaluation avait pour objectif général d'identifier des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle résidant sur les territoires du CEMTL et du CCOMTL. Le but est de présenter des recommandations visant à faciliter l'accès à ces services, et à favoriser leur utilisation ainsi que l'engagement de ces personnes dans les soins et les services afin d'éclairer la prise de décision visant à implanter de telles stratégies au CEMTL et au CCOMTL. Ces stratégies permettront éventuellement d'adapter l'offre de soins et de services de proximité afin de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes.

Ces stratégies soulèvent également un certain nombre d'enjeux organisationnels pour la haute direction des établissements de santé concernés, le CEMTL et le CCOMTL.

D'une part, les stratégies d'adaptation culturelle figurent parmi les priorités organisationnelles de ces CIUSSS. Elles suivent en cela les récentes politiques en matière de santé mentale élaborées par les gouvernements du Québec et du Canada où l'accès aux services de santé en lien avec la reconnaissance de la diversité ethnoculturelle s'avère une de leurs priorités. D'autre part, la mise en place de ces stratégies peut s'appuyer sur les liens établis entre les établissements de santé, les organismes communautaires et les institutions d'enseignement qui accueillent des personnes de la diversité ethnoculturelle. Aussi, la participation de ces dernières à l'adaptation culturelle de l'offre de services en santé mentale offerte par les deux CIUSSS concernés permet d'envisager une meilleure adéquation entre cette offre de services et les besoins de ces personnes. Enfin, un enjeu important soulevé par l'adaptation culturelle consiste à assurer la continuité des soins et des services pour ces personnes qui poursuivent les traitements qui leur sont offerts afin d'améliorer leur état de santé mentale.

Concernant la démarche d'ensemble de cette évaluation, dans un premier temps, l'équipe projet a mené une revue intégrative, ce qui a permis d'identifier différents types de stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle de manière à répondre à la demande d'évaluation. En raison de la diversité des devis de recherche inclus (empiriques, conceptuels) et du fait que les publications analysées étaient, en majorité, de nature qualitative et descriptive, les auteur·e·s des articles retenus ont décrit diverses stratégies organisationnelles sans pour autant qu'elles soient déjà implantées ou bien que leurs effets soient mesurés ou rapportés. Le cas échéant, les effets obtenus dans les études n'étaient pas toujours précis ou homogènes. Au mieux, les effets de stratégies destinées à faciliter l'accès aux services étaient évalués à partir de certains indicateurs tels que la diminution du nombre de patient·e·s sur les listes d'attente, une augmentation du nombre de consultations, une amélioration du processus d'orientation des usager·ère·s, une hausse des références de ces dernier·ère·s vers les services de santé mentale, une meilleure identification des établissements qui offrent des services, etc.

En qui a trait aux stratégies qui ont un effet sur l'utilisation et l'engagement dans les soins et les services de santé mentale, on retrouve celles visant à hausser le nombre de personnes évaluées et ayant utilisé des services, et celles permettant d'établir une meilleure évaluation, un meilleur diagnostic, un traitement plus approprié et une plus grande adhésion des personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des services ont été identifiées. Par ailleurs, d'autres types de stratégies se situent davantage au niveau clinique, comme celles qui favorisent une augmentation de la sensibilité culturelle du personnel, une meilleure communication et une meilleure compréhension du contexte culturel et des subtilités du dialogue avec les personnes de la diversité ethnoculturelle. Ce sont également les stratégies qui facilitent l'alliance thérapeutique, le développement d'un lien de confiance avec les intervenant·e·s, et la satisfaction des personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des soins et services offerts.

S'appuyant sur la synthèse des résultats des publications et sur le processus de triangulation des données, l'équipe projet a procédé à la formulation initiale de recommandations. L'appréciation de la pertinence, la signification, l'efficacité et la faisabilité d'implantation de ces stratégies au sein des CIUSSS concernés a été réalisée dans le cadre d'un atelier d'une regroupant un comité consultatif *ad hoc*. Les dix-huit recommandations formulées initialement par l'équipe projet ont toutes été approuvées par ce comité qui a proposé plusieurs reformulations et ajouté de nombreuses conditions d'implantation aux recommandations. Ces recommandations étaient regroupées par les membres de l'équipe projet autour des mêmes cinq thèmes identifiés à partir de la littérature recensée.

L'essentiel des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des services de proximité en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle figure dans les recommandations validées par le comité consultatif *ad hoc*. Bien que plusieurs des recommandations identifiées à même la littérature existante n'ont pas nécessairement déjà été implantées, leur appréciation par les membres du comité consultatif *ad hoc* laisse penser qu'elles pourraient néanmoins s'avérer prometteuses pour faciliter l'accès, et favoriser l'utilisation et l'engagement des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins et les services de proximité en santé mentale offerts au CEMTL et au CCOMTL.

9. Références bibliographiques

- Alvarez, K., Marroquin, Y. A., Sandoval, L. et Carlson, C. I. (2014). Integrated health care best practices and culturally and linguistically competent care: Practitioner perspectives. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(2), 99-114. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.2.480168pxn63g8vkq>
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 2000. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris. 60 p. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
- Bationo, N. J.-C., Choquette, M. et Marengère-Labrie, S. (2017). Recension sur les pratiques porteuses interculturelles. *Projet Immigration-petite enfance-Capitale- Nationale (IPECN)*. 18 p. <https://www.centremultiethnique.com/services/ewExternalFiles/IPECN%20No%203%20novembre%202017.pdf>
- Battaglini, A., Alvarado, E., Poirier, L.-R. et Caulet, M. (2005). *Les services de première ligne et les populations immigrantes. Projet-pilote : synthèse*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2777.1364>
- Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.-R., Fournier, M., Camirand, H. et Fecteau, D. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes - Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/46806?docpos=5>
- Beata P., Massarella S. et Minakshi S. (2016) To PICO or not to PICO: What is the question? Frameworks for developing answerable research questions. Public Health Ontario. PHO Grand Rounds. Tuesday, June 7, 2016.
- Bentayeb, N., Boisvert-Viens, J. et Mouketou, D. (2022). Composantes clés et conditions de succès de mise en œuvre et d'efficacité des réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans. Rapport d'ETMISSS. Montréal: Institut universitaire SHERPA. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/08/Composantes_cles_conditions_succes_RSIJ_12_25_ans.pdf
- Brar-Josan, N. et Yohani, S. C. (2019). Cultural brokers' role in facilitating informal and formal mental health supports for refugee youth in school and community context: A Canadian case study. *British Journal of Guidance & Counseling*, 47(4), 512-523. <https://dx.doi.org/10.1080/03069885.2017.1403010>
- Briand-Lamarche, M., Maltais, C. et Gueriton, M. (2017). L'Interprétariat en tant que mode d'intervention en santé et services sociaux - Rapport d'ETMI. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35210.31687>
- Brisset, C., Leanza, Y., Rosenberg, E., Vissandjée, B., Kirmayer, L. J., Muckle, G., Xenocostas, S. et Laforce, H. (2014). Language barriers in mental health care: a survey of primary care practitioners. *Journal of Immigrant Minority Health*, 16(6), 1238-1246. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9971-9>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (s.d.). *Banque interrégionale d'interprètes (BII)*. <https://ccsmtlpro.ca/documentation-par-sujet/interpretriat/banque-interregionale-dinterpretes-bii>

- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie. (s.d.). *Les maladies chroniques. Approche patient-partenaire*. <https://cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/soins-et-services/maladies-chroniques/pour-mieux-soutenir/approche-patient-partenaire/#:~:text=On%20d%C3%A9fini%20le%20patient%20partenaire,des%20intervenants%20de%20l'%C3%A9quipe>
- Cherner, R., Olavarria, M., Young, M., Aubry, T. et Marchant, C. (2014). Evaluation of the organizational cultural competence of a community health center: A multimethod approach. *Health Promotion Practice*, 15(5), 675-684. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1524839914532650>
- Codjoe, L., Barber, S., Ahuja, S., Thornicroft, G., Henderson, C., Lempp, H. et N'Danga-Koroma, J. (2021). Evidence for interventions to promote mental health and reduce stigma in Black faith communities: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(6), 895-911.: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02068-y>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *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*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/case_for_diversity_oct_2016_fr.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Résumé du rapport du Groupe de travail sur la diversité : 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*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/Diversity_Issues_Options_Report_Summary_FRE_0_1.pdf
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada : *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. (2018). 237 p. <https://www.pre.ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>
- CRISES. *Stratégie d'entreprise*. <https://bdis.ugam.ca/arborescence/dimension-organisationnelle/strategie-entreprise>
- Cross T.L., Bazron B.J., Dennis K.W. et Isaacs M.R. (1989). Towards a culturally competent system of care: Vol. I. Washington, DC: National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Child Development Center. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>
- Curtis, E. Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J. et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(174), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Delphin-Rittmon, M. E., Flanagan, E. H., Bellamy, C. D., Diaz, A., Johnson, K., Molta, V., Williamson, B., Cruza-Guet, M. C. et Ortiz, J. (2016). Learning from those we serve: Piloting a culture competence intervention co-developed by university faculty and persons in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(1), 14-19. <https://doi.org/10.1037/prj0000155>

- Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). « Le groupe de discussion focalisée. Application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de personnalité limite ». Dans M. Corbière et N. Larivière (s.d.) Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Montréal, Québec. PUQ : 257-281. https://www.researchgate.net/publication/327696232_Le_groupe_de_discussion_focalisee_application_pour_recueillir_des_informations_sur_le_fonctionnement_au_quotidien_des_personnes_avec_un_trouble_de_personnalite_limite
- Duchesne, S. et Haegel, F. (2008). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif*. Armand Colin.128 p.
- Evans, L., Green, S., Sharma, K., Marinho, F. et Thomas, P. (2014) Improving access to primary mental health services: are link workers the answer? London Journal of Primary Care. 6(2):23-8. <https://doi.org/10.1080/17571472.2014.11493409>
- Garner, M. S. et Kunkel, D. E. (2020). Quality Improvement of Pastoral Care for Major Depression in the Community of an African American Religious Organization. Issues Ment Health Nurs, 41(7), 568-573. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1701155>
- Goldberg, M. (1991). *L'Épidémiologie sans peine*. Presses de l'Université du Québec. 200 p.
- Harding, S., Schattner, P. et Brijnath, B. (2015). How general practitioners manage mental illness in culturally and linguistically diverse patients: an exploratory study. Australian Family Physician, 44(3), 147-152. <https://www.racgp.org.au/getattachment/f8d5ae33-422d-46d6-852a-250cdcd0d160/How-general-practitioners-manage-mental-illnes-2.aspx>
- Healey, P., Stager, M. L., Woodmass, K., Dettlaff, A. J., Vergara, A., Janke, R. et Wells, S. J. (2017). Cultural adaptations to augment health and mental health services: a systematic review. BMC Health Services Research, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1953-x>
- Hernandez, M., Nesman, T., Mowery, D., Acevedo-Polakovich, I. D. et Callejas, L. M. (2009) Cultural competence: a literature review and conceptual model for mental health services. Psychiatry Services. 60(8):1046-50. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1046>
- Holden, K., McGregor, B., Thandi, P., Fresh, E., Sheats, K., Belton, A., Mattox, G. et Satcher, D. (2014). Toward culturally centered integrative care for addressing mental health disparities among ethnic minorities. Psychological services, 11(4), 357. <https://doi.org/10.1037/a0038122>
- Im, H., Rodriguez, C. et Grumbine, J. M. (2021). A multitier model of refugee mental health and psychosocial support in resettlement: Toward trauma-informed and culture-informed systems of care. Psychological Services, 18(3), 345-364. <https://doi.org/10.1037/ser0000412>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2018). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. État des connaissances. Document rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno sous la direction de Sylvie Desmarais. 98p. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2014). Système d'appréciation de la preuve et de la force des recommandations. Document rédigé par Jolianne Renaud et Christine Lobé,

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2013). Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Montréal, Qc. 44p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf
- Institut universitaire SHERPA (s.d.). *Clinique Mauve*. <https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/clinique-mauve/>
- Janzen, R., Ochocka, J., Jacobson, N., Maiter, S., Simich, L., Westhues, A. et Fleras, A. (2010). Synthesizing Culture and Power in Community Mental Health: An Emerging Framework. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(1), 51-67. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0005>
- JB1-Best Santé. Le Modèle JB1 des soins de santé fondés sur les résultats probants. <https://best-sante.ch/modele-jb1/>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z. et Aromataris, E. (2019) The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 17(1): p 58-71. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>
- Dogba, J. M. (2018). Le dialogue délibératif, une alternative efficace pour le transfert des connaissances. Webinaire. Réseau-1 Québec, 11 mai 2018. https://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2015/10/Webinaire_R1Q_2018-05-11-VF.pdf
- Jung, H. et Aguilar, J. P. (2016). Everyone's responsibility: Community partnerships and shared commitment for mental health promotion. *Social Work in Mental Health*, 14(5), 474-496. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/15332985.2015.1130009>
- Kim, M. J., Cho, H.-I., Cheon-Klessig, Y. S., Gerace, L. M. et Camilleri, D. D. (2002). Primary health care for Korean immigrants: sustaining a culturally sensitive model. *Public Health Nursing*, 19(3), 191-200. <https://doi.org/10.1046/j.0737-1209.2002.19307.x>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K. et Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2011) Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*. 183(12): E959-67. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Lee, H.B., Hanner, J. A., Cho, S.-J., Han, H.-R., Kim M.T. (2008) Improving access to mental health services for korean american immigrants: moving toward a community partnership between religious and mental health services. *Psychiatry Investigation*.5(1):14-20. <https://doi.org/10.4306/pi.2008.5.1.14>
- Lee-Tauler, S. Y., Eun, J., Corbett, D. et Collins, P. Y. (2018). A systematic review of interventions to improve initiation of mental health care among racial-ethnic minority groups. *Psychiatric Services*, 69(6), 628–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700382>
- Lejeune, C. (2014). Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve. De Boeck. 152 p.

- McGarry, O., Hannigan, A., Manuela De Almeida, M., Severoni, S., Puthooppambil, S. J. et MacFarlane, A. (2018). What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region? World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326238/9789289053501-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- McKinney, K. (2007). Culture, power, and practice in a psychosocial program for survivors of torture and refugee trauma. *Transcultural Psychiatry*, 44(3), 482-503. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1363461507081643>
- Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M. et Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 27-39. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.27>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024a). Directive précisant la nature des situations dans lesquelles le réseau de la santé et des services sociaux entend utiliser une autre langue que le français dans les cas où le permettent les dispositions de la Charte de la langue française. 25 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-406-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024b). *Aire ouverte : services pour les jeunes de 12 à 25 ans. Description d'Aire ouverte*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/aire-ouverte/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de santé mentale de proximité. Cadre de référence*. 72 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. 118 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Glossaire - Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*. 12 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*. 64 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/89-sante-mentale.pdf>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altam, D. G. et PRISMA Group. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*.21;6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Muvuka, B., Combs, R. M., Ali, N. M., Scott, H. et Williams, M. T. (2020). Depression Is Real: Developing a Health Communication Campaign in an Urban African American Community. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 14(2), 161-172. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1353/cpr.2020.0029>
- Nadeau, L., Jaimes, A., Johnson-Lafleur, J. et Rousseau, C. (2017). Perspectives of Migrant Youth, Parents and Clinicians on Community-Based Mental Health Services: Negotiating Safe Pathways. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1936-1948. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0700-1>

- Nadeau, L., Rousseau, C. et Measham, T. (2014). Addressing Cultural Diversity Through Collaborative Care. In L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (Eds.), *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care* (pp. 203-221). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_10
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paris, M., Jr., Silva, M. A., Diaz, E., Bedregal, L. E., Cole, R. A. et Anez-Nava, L. M. (2016). The Connecticut Latino Behavioral Health System: A culturally informed community-academic collaboration. *Psychological services*, 13(2), 140-147. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/ser0000065>
- Phaneuf, M. (2013). *La recherche en soins infirmiers*. <https://www.yumpu.com/fr/document/view/15050544/la-recherche-en-soins-infirmiers>
- Polgar, M. F., Cabassa, L. J. et Morrissey, J. P. (2016). How Community Organizations Promote Continuity of Care for Young People with Mental Health Problems. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(2), 200-213. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9409-8>
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. et Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Ratnayake, A., Sayfi, S., Veronis, L., Torres, S., Baek, S. et Pottie, K. (2022). How Are Non-Medical Settlement Service Organizations Supporting Access to Healthcare and Mental Health Services for Immigrants: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), Article 3616. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3390/ijerph19063616>
- Raval, H. (2005). Being heard and understood in the context of seeking asylum and refuge: Communicating with the help of bilingual co-workers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 197-216. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1359104505051211>
- Riza, E., Kalkman, S., Coritsidis, A., Koubardas, S., Vassiliu, S., Lazarou, D., Karnaki, P., Zota, D., Kantzanou, M., Psaltopoulou, T. et Linos, A. (2020). Community-Based Healthcare for Migrants and Refugees: A Scoping Literature Review of Best Practices. *Healthcare (Basel)*, 8(2):. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020115>
- Revue systématique. (s.d.). Dans *Glossaire en évaluation des technologies de la santé*. [https://htaglossary.net/revue-syst%C3%A9matique-\(n.f.\)](https://htaglossary.net/revue-syst%C3%A9matique-(n.f.))
- Rondeau, K., Paillé, P. (2016). L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 35(1): 4-28. <https://doi.org/10.7202/1084494ar>
- Ruglass, L. M., Hien, D. A., Hu, M.-C., Campbell, A. N. C., Caldeira, N. A., Miele, G. M. et Chang, D. F. (2014). Racial/ethnic match and treatment outcomes for women with PTSD and substance use disorders receiving community-based treatment. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 811-822. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9732-9>

- Sashidharan, S. (2003). From Outside to Inside: Improving Mental Health Services for Black and Minority Ethnic Communities in England. *Mental Health Review Journal*, 8(3), 22-25. <https://doi.org/10.1108/13619322200300025>
- Schöpfel, J. (2012) Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation*, 66(3), pp.14-24. https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00794984/document
- Scribner, S. S., Poirier, R. F., Orson, W., Jackson-Beavers, R., Rice, B. T., Wilson, K. et Hong, B. A. (2020). Bridges to Care and Recovery: Addressing Behavioral Health and Mental Health Needs Through the Faith Community. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 1946-1957. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00992-y>
- Shannon, P. J., Vinson, G. A., Cook, T. L. et Lennon, E. (2016). Characteristics of successful and unsuccessful mental health referrals of refugees. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(4), 555-568. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s10488-015-0639-8>
- Sharma, H., Consoli, A. J. et Abdel-Haq, N. (2022). "Break down these walls": Stories of mental health service access by Asian Indian Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 14(1), 86-95. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/aap0000269>
- Siegel, C., Haugland, G. et Chambers, E. D. (2003). Performance Measures and Their Benchmarks For Assessing Organizational Cultural Competency In Behavioral Health Care Service Delivery. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(2), 141-170. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1023/B:APIH.0000003019.97009.15>
- Snowden, L., Masland, M., Ma, Y. et Ciemens, E. (2006). Strategies to improve minority access to public mental health services in California: Description and preliminary evaluation. *Journal of community psychology*, 34(2), 225-235. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/jcop.20092>
- Springmann, V. et Adrien, A. (2019). *Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire. Un portrait montréalais réalisé par la Direction régionale de santé publique*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4005472>
- Statistique Canada (2021a). *Minorité visible de la personne*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=45152
- Statistique Canada (2021b). Classification du statut de génération. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=117200&CVD=117200&CLV=0&MLV=1&D=1
- Statistique Canada (2019). Classification de la catégorie d'admission de l'immigrant. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=323293&CVD=323294&CLV=0&MLV=4&D=1
- Statistique Canada (2017). Immigrant. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop221-fra.cfm>
- Stein, G. L., Lee, C. S. N., Shi, P., Cook, B. L., Papajorgji-Taylor, D., Carson, N. J. et Alegría, M. (2014). Characteristics of Community Mental Health Clinics Associated with Treatment Engagement. *Psychiatric Services*, 65(8), 1020-1025. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300231>

- Toronto, C. et Remington, R. (2020). Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative review. Springer Nature Switzerland AG. 106p. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>
- Racisé, racisée (2024). Dans *Dictionnaire Usito*. Université de Sherbrooke. <https://usito.usherbrooke.ca/d%C3%A9finitions/racis%C3%A9>
- Valdez, C. R., Dvorscek, M. J., Budge, S. L. et Esmond, S. (2011). Provider perspectives about Latino patients: Determinants of care and implications for treatment. *The Counseling Psychologist*, 39(4), 497-526. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/0011000010385012>
- Verrept, H. (2019). What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? World Health Organization. Regional Office for Europe. 50 p. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327321/9789289054355-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Westhues, A., Janzen, R., Roth, D. et Grant, J. G. (2010). Community mental health organizations in Ontario: Perceptions of cultural responsiveness. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(2), 99-111. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0025>
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Williams, L., Gorman, R. et Hankerson, S. (2014). Implementing a Mental Health Ministry Committee in Faith-Based Organizations: The Promoting Emotional Wellness and Spirituality Program. *Social Work in Health Care*, 53(4), 414-434. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.880391>
- Wood, J. et 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 and Integration*, 13, 383–397. <https://doi.org/10.1007/s12134-011-0215-3>
- Wrenn, G., Kasiah, F., Belton, A., Dorvil, S., Roberts, K., McGregor, B. et Holden, K. (2017). Patient and Practitioner Perspectives on Culturally Centered Integrated Care to Address Health Disparities in Primary Care. *The Permanente Journal*, 21(2), 16-018. <https://doi.org/10.7812/tpp/16-018>
- Xavier, S. M., Jarvis, G. E., Ouellet-Plamondon, C., Gagné, G., Abdel-Baki, A. et Iyer, S. N. (2021). Comment les services d'intervention précoce pour la psychose peuvent-ils mieux servir les migrants, les minorités ethniques et les populations autochtones ? *Santé mentale au Québec*, 46(2), 331-364. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1088188ar>
- Yusuf Farah, H. (2018). Santé mentale et accès aux services: Point de vue des immigrants francophones résidant à Ottawa. *Maîtrise en service social*. Université d'Ottawa. 104 p. <https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/4007f287-f0a9-4c9c-bda5-e2e61f19c4d0/content>



ANNEXES

ANNEXE A

Stratégie de recherche documentaire : banques de données bibliographiques indexées

Intervention : Adaptation culturelle

Descripteurs (MeSH)

«Culturally Competent Care»[Mesh]

«Cultural Competency»[Mesh]

Mots clés (vocabulaire libre)

Cultural/cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural adaptation(s)

Culturally/cross-culturally/transculturally/multiculturally/interculturally adapted

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally adapting

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally adapt

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural adjustment

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally adjusted

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally adjusting

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally adjust

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural competency(ies)

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural competence

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally competent

Cultural/ cross-cultural/ transculturally /transcultural/multicultural/intercultural proficiency

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally proficient

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural safety

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally safe

Culturally/cross-culturally/ transculturally/multiculturally/interculturally responsive

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural sensitivity

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally sensitive

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural security

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally secured

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally safety

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural awareness

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally aware

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural respect

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally respectful

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural framework(s)

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural congruence

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally congruent

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural capability(ies)

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally capable

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural opening

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally opened

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural appropriateness

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally appropriate

Cultural/ cross-cultural/transcultural/multicultural/intercultural tailoring

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally tailored

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally-centered

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally focused

Culturally/ cross-culturally/ transculturally /multiculturally/interculturally informed

Site : Services de proximité en santé mentale

Descripteurs (MeSH)

«Primary Health Care»[Mesh:NoExp]
«Community Medicine»[Mesh]
«Community Health Services»[Mesh:NoExp]
«Community Health Centers»[Mesh:NoExp]
«Faith-Based Organizations»[Mesh]
«Schools»[Mesh:NoExp]
«School Health Services»[Mesh]
«Nursing Homes»[Mesh]
«General Practice»[Mesh]
«General Practitioners»[Mesh]
«Physicians, Family»[Mesh]
«Police»[Mesh]
«Emergency Responders»[Mesh:NoExp]

AND (vocabulaire libre – tiab)

mental(ly)

Psychiatric

Psychological

Behavioral

Behavioural

Psychosocial

Psycho-social

«Community Mental Health Services»[Mesh]
«Emergency Services, Psychiatric»[Mesh]
«Community Psychiatry»[Mesh:NoExp]
«Community Mental Health Centers»[Mesh:NoExp]
«Psychosocial Support Systems»[Mesh]
«School Mental Health Services»[Mesh]
«Mental Health Associations»[Mesh]

Mots clés (vocabulaire libre)

** Dans Pubmed, recherche au titre*

Primary care	Church(es)
Primary healthcare	Voluntary organization(s)
Primary health care	Voluntary organisation(s)
Primary service(s)	School(s)
Primary health	School-based
First line	Nursing home(s)
First aid	Homeless Shelter(s)
General practice(s)	Police
General physician(s)	Cop(s)
General practitioner(s)	Law enforcement
General doctor(s)	First responder(s)
General medicine	Emergency responder(s)
Family practice(s)	
Family practitioner(s)	AND
Family physician(s)	
Family doctor(s)	Mental(ly)
Family medicine	Psychiatric
Community-based	Psychological
Community healthcare	Behavioral
Community health care	Behavioural
Community service(s)	Psychosocial
Community centre(s)	Psycho-social
Community center(s)	
Community model(s)	Community mental health
Community setting(s)	Community psychiatric
Community support(s)	Community psychiatry
Emergency service(s)	Mental health association(s)
Emergency department(s)	Mental health organization(s)
Crisis service(s)	Mental health organisation(s)
Crisis center(s)	Primary mental health
Crisis centre(s)	Primary psychiatric
Faith community(ies)	
Faith-based	

RÉSULTATS

PUBMED (recherche faite le 22 novembre 2022)

((("Primary Health Care"[Mesh:NoExp] OR "Community Medicine"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh:NoExp] OR "Community Health Centers"[Mesh:NoExp] OR "Faith-Based Organizations"[Mesh] OR "Schools"[Mesh:NoExp] OR "School Health Services"[Mesh] OR "Nursing Homes"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Police"[Mesh] OR "Emergency Responders"[Mesh:NoExp]) AND (mental[TIAB] OR mentally[TIAB] OR psychiatric[TIAB] OR psychological[TIAB] OR behavioral[TIAB] OR behavioural[TIAB] OR psychosocial[TIAB] OR psycho-social[TIAB])) OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Emergency Services, Psychiatric"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh:NoExp] OR "Community Mental Health Centers"[Mesh:NoExp] OR "Psychosocial Support Systems"[Mesh] OR "School Mental Health Services"[Mesh] OR "Mental Health Associations"[Mesh] OR ((("Primary care"[TITLE] OR "Primary healthcare"[TITLE] OR "Primary health care"[TITLE] OR "Primary service"[TITLE] OR "primary services"[TITLE] OR "Primary health"[TITLE] OR "First line"[TITLE] OR "First aid"[TITLE] OR "General practice"[TITLE] OR "general practices"[TITLE] OR "General physician"[TITLE] OR "general physicians"[TITLE] OR "General practitioner"[TITLE] OR "general practitioners"[TITLE] OR "General doctor"[TITLE] OR "general doctors"[TITLE] OR "General medicine"[TITLE] OR "Family practice"[TITLE] OR "family practices"[TITLE] OR "Family practitioner"[TITLE] OR "family practitioners"[TITLE] OR "Family physician"[TITLE] OR "family physicians"[TITLE] OR "Family doctor"[TITLE] OR "family doctors"[TITLE] OR "Family medicine"[TITLE] OR "Community-based"[TITLE] OR "Community healthcare"[TITLE] OR "Community health care"[TITLE] OR "Community service"[TITLE] OR "community services"[TITLE] OR "Community centre"[TITLE] OR "community centres"[TITLE] OR "Community center"[TITLE] OR "community centers"[TITLE] OR "Community model"[TITLE] OR "community models"[TITLE] OR "Community setting"[TITLE] OR "community settings"[TITLE] OR "Community support"[TITLE] OR "community supports"[TITLE] OR "Emergency service"[TITLE] OR "emergency services"[TITLE] OR "Emergency department"[TITLE] OR "emergency departments"[TITLE] OR "Crisis service"[TITLE] OR "crisis services"[TITLE] OR "Crisis center"[TITLE] OR "crisis centers"[TITLE] OR "Crisis centre"[TITLE] OR "crisis centres"[TITLE] OR "Faith community"[TITLE] OR "faith communities"[TITLE] OR "Faith-based"[TITLE] OR church[TITLE] OR churches[TITLE] OR "Voluntary organization"[TITLE] OR "voluntary organizations"[TITLE] OR "Voluntary organisation"[TITLE] OR "voluntary organisations"[TITLE] OR School[TITLE] OR schools[TITLE] OR school-based[TITLE] OR "Nursing home"[TITLE] OR "nursing homes"[TITLE] OR "Homeless Shelter"[TITLE] OR "homeless shelters"[TITLE] OR Police[TITLE] OR Cop[TITLE] OR cops[TITLE] OR "Law enforcement"[TITLE] OR "First responder"[TITLE] OR "first responders"[TITLE] OR "Emergency responder"[TITLE] OR "emergency responders"[TITLE]) AND (mental[TIAB] OR mentally[TIAB] OR psychiatric[TIAB] OR psychological[TIAB] OR behavioral[TIAB] OR behavioural[TIAB] OR psychosocial[TIAB] OR psycho-social[TIAB])) OR "Community mental health"[TITLE] OR "Community psychiatric"[TITLE] OR "Community psychiatry"[TITLE] OR "Mental health association"[TITLE] OR "mental health associations"[TITLE] OR "Mental health organization"[TITLE] OR "mental health organizations"[TITLE] OR "Mental health organisation"[TITLE] OR "mental health organisations"[TITLE] OR "Primary mental health"[TITLE] OR "Primary psychiatric"[TITLE]) AND ((("Culturally Competent Care"[Mesh] OR "Cultural Competency"[Mesh] OR "Cultural adaptation"[TIAB] OR "cultural adaptations"[TIAB] OR "Culturally adapted"[TIAB] OR "Culturally adapting"[TIAB] OR "Culturally adapt"[TIAB] OR "Cultural adjustment"[TIAB] OR "Culturally adjusted"[TIAB] OR "Culturally adjusting"[TIAB] OR "Culturally adjust"[TIAB] OR "Cultural competency"[TIAB] OR "cultural competencies"[TIAB] OR "Cultural competence"[TIAB] OR "Culturally competent"[TIAB] OR "Cultural proficiency"[TIAB] OR "Culturally

proficient”[TIAB] OR “Cultural safety”[TIAB] OR “Culturally safe”[TIAB] OR “Cultural diversity competency”[TIAB] OR “cultural diversity competencies”[TIAB] OR “Cultural diversity competence”[TIAB] OR “Culturally responsive”[TIAB] OR “Cultural sensitivity”[TIAB] OR “Culturally sensitive”[TIAB] OR “Cultural security”[TIAB] OR “Culturally secured”[TIAB] OR “Cultural literacy”[TIAB] OR “Cultural awareness”[TIAB] OR “Culturally aware”[TIAB] OR “Cultural respect”[TIAB] OR “Culturally respectful”[TIAB] OR “Cultural framework”[TIAB] OR “cultural frameworks”[TIAB] OR “Cultural congruence”[TIAB] OR “Culturally congruent”[TIAB] OR “Cultural capability”[TIAB] OR “cultural capabilities”[TIAB] OR “Culturally capable”[TIAB] OR “Cultural opening”[TIAB] OR “Culturally opened”[TIAB] OR “Cultural appropriateness”[TIAB] OR “Culturally appropriate”[TIAB] OR “Culturally tailored”[TIAB] OR “Cultural tailoring”[TIAB] OR “Culturally-centered”[TIAB] OR “Culturally focused”[TIAB] OR “Culturally informed”[TIAB] OR “cross-cultural adaptation”[TIAB] OR “ cross-cultural adaptations”[TIAB] OR “ cross-culturally adapted”[TIAB] OR “cross-culturally adapting”[TIAB] OR “cross-culturally adapt”[TIAB] OR “ cross-cultural adjustment”[TIAB] OR “cross-culturally adjusted”[TIAB] OR “cross-culturally adjusting”[TIAB] OR “cross-culturally adjust”[TIAB] OR “cross-cultural competency”[TIAB] OR “cross-cultural competencies”[TIAB] OR “ cross-cultural competence”[TIAB] OR “cross-culturally competent”[TIAB] OR “cross-cultural proficiency”[TIAB] OR “cross-culturally proficient”[TIAB] OR “cross-cultural safety”[TIAB] OR “cross-culturally safe”[TIAB] OR “ cross-cultural diversity competency”[TIAB] OR “cross-cultural diversity competencies”[TIAB] OR “cross-cultural diversity competence”[TIAB] OR “cross-culturally responsive”[TIAB] OR “cross-cultural sensitivity”[TIAB] OR “cross-culturally sensitive”[TIAB] OR “cross-cultural security”[TIAB] OR “cross-culturally secured”[TIAB] OR “cross-cultural literacy”[TIAB] OR “cross-cultural awareness”[TIAB] OR “cross-culturally aware”[TIAB] OR “cross-cultural respect”[TIAB] OR “cross-culturally respectful”[TIAB] OR “cross-cultural framework”[TIAB] OR “cross-cultural frameworks”[TIAB] OR “cross-cultural congruence”[TIAB] OR “cross-culturally congruent”[TIAB] OR “cross-cultural capability”[TIAB] OR “cross-cultural capabilities”[TIAB] OR “cross-culturally capable”[TIAB] OR “cross-cultural opening”[TIAB] OR “cross-culturally opened”[TIAB] OR “cross-cultural appropriateness”[TIAB] OR “cross-culturally appropriate”[TIAB] OR “cross-culturally tailored”[TIAB] OR “cross-cultural tailoring”[TIAB] OR “cross-culturally-centered”[TIAB] OR “cross-culturally focused”[TIAB] OR “cross-culturally informed”[TIAB] OR “transcultural adaptation”[TIAB] OR “ transcultural adaptations”[TIAB] OR “transculturally adapted”[TIAB] OR “transculturally adapting”[TIAB] OR “transculturally adapt”[TIAB] OR “transcultural adjustment”[TIAB] OR “transculturally adjusted”[TIAB] OR “transculturally adjusting”[TIAB] OR “transculturally adjust”[TIAB] OR “transcultural competency”[TIAB] OR “transcultural competencies”[TIAB] OR “ transcultural competence”[TIAB] OR “transculturally competent”[TIAB] OR “transcultural proficiency”[TIAB] OR “transculturally proficient”[TIAB] OR “transcultural safety”[TIAB] OR “transculturally safe”[TIAB] OR “ transcultural diversity competency”[TIAB] OR “transcultural diversity competencies”[TIAB] OR “transcultural diversity competence”[TIAB] OR “transculturally responsive”[TIAB] OR “transcultural sensitivity”[TIAB] OR “transculturally sensitive”[TIAB] OR “transcultural security”[TIAB] OR “transculturally secured”[TIAB] OR “transcultural literacy”[TIAB] OR “transcultural awareness”[TIAB] OR “transculturally aware”[TIAB] OR “transcultural respect”[TIAB] OR “transculturally respectful”[TIAB] OR “transcultural framework”[TIAB] OR “transcultural frameworks”[TIAB] OR “transcultural congruence”[TIAB] OR “transculturally congruent”[TIAB] OR “transcultural capability”[TIAB] OR “transcultural capabilities”[TIAB] OR “transculturally capable”[TIAB] OR “transcultural opening”[TIAB] OR “transculturally opened”[TIAB] OR “transcultural appropriateness”[TIAB] OR “transculturally appropriate”[TIAB] OR “transculturally tailored”[TIAB] OR “transcultural tailoring”[TIAB] OR “transculturally-centered”[TIAB] OR “transculturally focused”[TIAB] OR “transculturally informed”[TIAB] OR “multicultural adaptation”[TIAB] OR “ multicultural adaptations”[TIAB] OR “multiculturally adapted”[TIAB] OR “multiculturally adapting”[TIAB] OR “multiculturally adapt”[TIAB] OR “multicultural adjustment”[TIAB] OR “multiculturally adjusted”[TIAB] OR “multiculturally adjusting”[TIAB] OR

“multiculturally adjust”[TIAB] OR “multicultural competency”[TIAB] OR “multicultural competencies”[TIAB] OR “multicultural competence”[TIAB] OR “multiculturally competent”[TIAB] OR “multicultural proficiency”[TIAB] OR “multiculturally proficient”[TIAB] OR “multicultural safety”[TIAB] OR “multiculturally safe”[TIAB] OR “multicultural diversity competency”[TIAB] OR “multicultural diversity competencies”[TIAB] OR “multicultural diversity competence”[TIAB] OR “multiculturally responsive”[TIAB] OR “multicultural sensitivity”[TIAB] OR “multiculturally sensitive”[TIAB] OR “multicultural security”[TIAB] OR “multiculturally secured”[TIAB] OR “multicultural literacy”[TIAB] OR “multicultural awareness”[TIAB] OR “multiculturally aware”[TIAB] OR “multicultural respect”[TIAB] OR “multiculturally respectful”[TIAB] OR “multicultural framework”[TIAB] OR “multicultural frameworks”[TIAB] OR “multicultural congruence”[TIAB] OR “multiculturally congruent”[TIAB] OR “multicultural capability”[TIAB] OR “multicultural capabilities”[TIAB] OR “multiculturally capable”[TIAB] OR “multicultural opening”[TIAB] OR “multiculturally opened”[TIAB] OR “multicultural appropriateness”[TIAB] OR “multiculturally appropriate”[TIAB] OR “multiculturally tailored”[TIAB] OR “multicultural tailoring”[TIAB] OR “multiculturally-centered”[TIAB] OR “multiculturally focused”[TIAB] OR “multiculturally informed”[TIAB] OR “intercultural adaptation”[TIAB] OR “intercultural adaptations”[TIAB] OR “interculturally adapted”[TIAB] OR “interculturally adapting”[TIAB] OR “interculturally adapt”[TIAB] OR “intercultural adjustment”[TIAB] OR “intercultural adjusted”[TIAB] OR “interculturally adjusting”[TIAB] OR “interculturally adjust”[TIAB] OR “intercultural competency”[TIAB] OR “intercultural competencies”[TIAB] OR “intercultural competence”[TIAB] OR “interculturally competent”[TIAB] OR “intercultural proficiency”[TIAB] OR “interculturally proficient”[TIAB] OR “intercultural safety”[TIAB] OR “interculturally safe”[TIAB] OR “intercultural diversity competency”[TIAB] OR “intercultural diversity competencies”[TIAB] OR “intercultural diversity competence”[TIAB] OR “interculturally responsive”[TIAB] OR “intercultural sensitivity”[TIAB] OR “interculturally sensitive”[TIAB] OR “intercultural security”[TIAB] OR “interculturally secured”[TIAB] OR “intercultural literacy”[TIAB] OR “intercultural awareness”[TIAB] OR “interculturally aware”[TIAB] OR “intercultural respect”[TIAB] OR “interculturally respectful”[TIAB] OR “intercultural framework”[TIAB] OR “intercultural frameworks”[TIAB] OR “intercultural congruence”[TIAB] OR “interculturally congruent”[TIAB] OR “intercultural capability”[TIAB] OR “intercultural capabilities”[TIAB] OR “interculturally capable”[TIAB] OR “intercultural opening”[TIAB] OR “interculturally opened”[TIAB] OR “intercultural appropriateness”[TIAB] OR “interculturally appropriate”[TIAB] OR “interculturally tailored”[TIAB] OR “intercultural tailoring”[TIAB] OR “interculturally-centered”[TIAB] OR “interculturally focused”[TIAB] OR “interculturally informed”[TIAB] OR (“Emigrants and Immigrants”[Mesh] OR “Refugees”[Mesh] OR “Ethnicity”[Mesh:NoExp] OR “Minority Groups”[Mesh] OR “Ethnic and Racial Minorities”[Mesh] OR “Racial Groups”[Mesh:NoExp] OR “Cultural Diversity”[Mesh] OR emigrant[TITLE] OR emigrants[TITLE] OR immigrant[TITLE] OR immigrants[TITLE] OR migrant[TITLE] OR migrants[TITLE] OR refugee[TITLE] OR refugees[TITLE] OR “asylum seeker”[TITLE] OR “asylum seekers”[TITLE] OR newcomer[TITLE] OR newcomers[TITLE] OR “foreign born”[TITLE] OR “foreign-born”[TITLE] OR “minority group”[TITLE] OR “minority groups”[TITLE] OR “ethnic minority”[TITLE] OR “ethnic minorities”[TITLE] OR “racial minority”[TITLE] OR “racial minorities”[TITLE] OR “ethnic background”[TITLE] OR “ethnic backgrounds”[TITLE] OR “ethnocultural”[TITLE] OR “ethno-cultural”[TITLE] OR “cultural diversity”[TITLE] OR “cultural diversities”[TITLE] OR “linguistic diversity”[TITLE] OR “linguistic diversities”[TITLE] OR “racial diversity”[TITLE] OR “racial diversities”[TITLE]))

Filters: English, French

Nombre de résultats : 2591

EMBASE (recherche faite le 22 novembre 2022)

1. cultural competence/
2. ((cultural* or cross-cultural* or transcultural* or multicultural* or intercultural*) adj2 (adapt* or adjust* or appropriate* or aware* or competen* or capab* or centered* or congruen* or focus* or framework* or humility or informed or open* or proficien* or relevan* or respect* or responsive* or safe or safety or secur* or sensitiv* or tailor*)).ab. or ((cultural* or cross-cultural* or transcultural* or multicultural* or intercultural*) adj2 (adapt* or adjust* or appropriate* or aware* or competen* or capab* or centered* or congruen* or focus* or framework* or humility or informed or open* or proficien* or relevan* or respect* or responsive* or safe or safety or secur* or sensitiv* or tailor*)).ti.
3. 1 or 2
4. exp *migrant/
5. exp **ethnic or racial aspects"/
6. *ancestry group/
7. *minority group/
8. *cultural diversity/
9. (emigrant* or immigrant* or migrant* or refugee* or asylum seeker* or newcomer* or foreign born* or ethnic minorit* or ethnic group* or ethnocultural group* or ethno-cultural group* or racial minorit* or visible minorit* or ethnic background* or culturalally diverse or linguistically diverse or racially diverse or ethnically divers).ti.
10. 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
11. 3 or 10
12. exp *primary health care/
13. *community medicine/
14. *community care/
15. *health center/
16. *faith-based organization/
17. *school/
18. *school health service/
19. *nursing home/
20. *general practice/
21. *general practitioner/
22. *police/
23. **first responder (person)"/ or *rescue personnel/
24. (mental* or psychiatric or psychological or behavio?ral or psychosocial or psycho-social).ti. or (mental* or psychiatric or psychological or behavio?ral or psychosocial or psycho-social).ab.
25. 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23
26. 24 and 25

27. exp community mental health service/
28. psychiatric emergency/
29. social psychiatry/
30. psychosocial care/
31. 27 or 28 or 29 or 30
32. 26 or 31
33. ((primary adj2 (care or health or healthcare or service*)) or first line or first aide or ((general or family) adj2 (practice* or physician* or practitioner* or doctor* or medicine)) or (community adj2 (center* or model* or service* or setting* or support)) or (emergency adj2 (department* or service*)) or (cris?s adj2 (center* or service*)) or (faith communit* or faith-based) or church or churches or voluntary organi?ation* or school or schools or school-based or nursing home* or homeless shelter* or police or cops or law enforcement or first responder* or emergency responder*).ti.
34. 24 and 33
35. (Community mental health or Community psychiatry* or Mental health association* or Mental health organi?ation* or Primary mental health or Primary psychiatric).ti.
36. 34 or 35
37. 32 or 36
38. 11 and 37
39. limit 38 to ((english or french) and (article or article in press or "review"))

Nombre de résultats : 1322

PsycINFO (recherche faite le 22 novembre 2022)

1. exp cultural sensitivity/
2. ((cultural* or cross-cultural* or transcultural* or multicultural* or intercultural*) adj2 (adapt* or adjust* or appropriate* or aware* or competen* or capab* or centered* or congruen* or focus* or framework* or humility or informed or open* or proficien* or relevan* or respect* or responsive* or safe or safety or secur* or sensitiv* or tailor*).ti,ab.
3. 1 or 2
4. exp immigration/
5. exp refugees/
6. *minority groups/
7. *"racial and ethnic groups"/
8. *sociocultural factors/

9. (emigrant* or immigrant* or migrant* or refugee* or asylum seeker* or newcomer* or foreign born* or ethnic minorit* or ethnic group* or ethnocultural group* or ethno-cultural group* or racial minorit* or visible minorit* or ethnic background* or culturally diverse or linguistically diverse or racially diverse or ethnically divers).ti.
10. or/4-9
11. 3 or 10
12. exp *primary health care/
13. *community services/
14. exp faith based organizations/
15. *schools/
16. *nursing homes/
17. *general practitioners/
18. *family physicians/
19. *emergency services/
20. *first responders/
21. *police personnel/
22. or/12-21
23. (mental* or psychiatric or psychological or behavio?ral or psychosocial or psycho-social).ti,ab.
24. 22 and 23
25. *community mental health services/
26. exp Community Psychiatry/
27. exp community mental health centers/
28. exp community psychology/
29. exp behavioral health services/
30. exp Preventive Mental Health Services/
31. exp crisis intervention services/
32. or/25-31
33. 24 or 32
34. ((primary adj2 (care or health or healthcare or service*)) or first line or first aid or ((general or family) adj2 (practice* or physician* or practitioner* or doctor* or medicine)) or (community adj2 (center* or model* or service* or setting* or support)) or (emergency adj2 (department* or service*)) or (cris?s adj2 (center* or service*)) or (faith communit* or faith-based) or church or churches or voluntary organi?ation* or school or schools or school-based or nursing home* or homeless shelter* or police or cops or law enforcement or first responder* or emergency responder*).ti.
35. 23 and 34
36. (Community mental health or Community psychiatry* or Mental health association* or Mental health organi?ation* or Primary mental health or Primary psychiatric).ti.

- 37. 35 or 36
- 38. 33 or 37
- 39. 11 and 38
- 40. limit 39 to ((“0100 journal” or “0110 peer-reviewed journal” or “0120 non-peer-reviewed journal” or “0130 peer-reviewed status unknown”) and (english or french))

Nombre de résultats : 1411

CINAHL (recherche faite le 22 novembre 2022)

- S41 S13 AND S40 Limiters - Language: English, French; Publication Type: Journal Article
- S40 S35 OR S39
- S39 S37 OR S38
- S38 TI (Community mental health or Community psychiatry* or Mental health association* or Mental health organi? ation* or Primary mental health or Primary psychiatric)
- S37 S28 AND S36
- S36 TI ((primary N2 (care or health or healthcare or service*)) or first line or first aid or ((general or family) N2 (practice* or physician* or practitioner* or doctor* or medicine)) or (community N2 (center* or model* or service* or setting* or support)) or (emergency N2 (department* or service*)) or (cris?s N2 (center* or service*)) or (faith communit* or faith-based) or church or churches or voluntary organi? ation* or school or schools or school-based or nursing home* or homeless shelter* or police or cops or law enforcement or first responder* or emergency responder*)
- S35 S29 OR S34
- S34 S30 OR S31 OR S32 OR S33
- S33 (MH “School Mental Health Services”)
- S32 (MH “Emergency Services, Psychiatric+”)
- S31 (MH “Community Mental Health Nursing”)
- S30 MH Community Mental Health Services
- S29 S25 AND S28
- S28 S26 OR S27
- S27 AB (mental* or psychiatric or psychological or behavio? ral or psychosocial or psychosocial) Expanders - Apply equivalent subjects
- S26 TI (mental* or psychiatric or psychological or behavio? ral or psychosocial or psychosocial) Expanders - Apply equivalent subjects
- S25 S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24
- S24 MM Police
- S23 MM Rapid Response Team

- S22 MM Emergency Service Expanders
- S21 MM Physicians, Family Expanders
- S20 MH Safety-Net Providers
- S19 (MM “Nursing Homes”)
- S18 MM Schools
- S17 MM Faith-Based Organizations
- S16 MM Community Health Nursing
- S15 MM Community Health Centers
- S14 (MH “Primary Health Care”)
- S13 S5 OR S12
- S12 S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11
- S11 TI (emigrant* or immigrant* or migrant* or refugee* or asylum seeker* or newcomer* or foreign born* or ethnic minorit* or ethnic group* or ethnocultural group* or ethno-cultural group* or racial minorit* or visible minorit* or ethnic background* or culturally diverse or linguistically diverse or racially diverse or ethnically divers)
- S10 (MM “Cultural Diversity”)
- S9 (MM “Ethnic Groups”)
- S8 (MH “Minority Groups”)
- S7 (MM “Refugees”)
- S6 (MH “Immigrants+”)
- S5 S1 OR S2 OR S3 OR S4
- S4 AB ((cultural* or crosscultural* or transcultural* or multicultural* or intercultural*) N2 (adapt* or adjust* or appropriate* or aware* or competen* or capab* or centered* or congruen* or focus* or framework* or humility or informed or open* or proficien* or relevan* or respect* or responsive* or safe or safety or secur* or sensitiv* or tailor*))
- S3 TI ((cultural* or crosscultural* or transcultural* or multicultural* or intercultural*) N2 (adapt* or adjust* or appropriate* or aware* or competen* or capab* or centered* or congruen* or focus* or framework* or humility or informed or open* or proficien* or relevan* or respect* or responsive* or safe or safety or secur* or sensitiv* or tailor*))
- S2 (MH “Cultural Sensitivity”)
- S1 (MH “Cultural Competence”)

Nombre de résultats : 660

Nombre total de résultats repérés : 5984

Nombre de doublons (voir grille pour détails) : 1554

GRAND TOTAL : 4430

ANNEXE B

Résultats de la recherche documentaire : littérature grise

Date	Site Internet	Mots clés	Nombre potentiellement pertinents
MOTEURS DE RECHERCHE (100 premiers résultats)			
06-10-22	Google	organisation* strategies of cultural adaptation in community mental health services delivery OR primary care delivery for ethnic minorities	9
07-10-22 au 11-10-22	Google	Première ligne santé mentale diversité ethnoculturelle	13
12-10-22	Google scholar	Diversité ethnoculturelle services santé mentale première ligne adaptation culturelle	3
12-10-22	Google scholar	cultur* adapt* primary care community mental health services delivery racial/ ethnic ethnocultural	4
12-10-22	Google scholar	organization strategy access utilisation adherence retention engagement mental health services «racial ethnic»	5
13-10-22	Google scholar	culturally responsive mental health services community primary care organization	10
27-10-22	Google scholar	Church faith community formal mental health agencies cultural adaptation	7
27-10-22	Google scholar	Faith communities mental health services cultural adaptation	2
27-10-22	Google scholar	ethnic cultural*sensitive mental health community primary care settings	5
04-10-22	Epistemonikos	Cultural proficiency mental health services Cult* adapt* primary mental health care	7
05-10-22	CRD	Ethnic AND mental health AND services	1
02-10-22	Cairn	Adaptation culturelle des services santé mentale minorités ethniques accès (filtre : discipline : santé publique)	0
02-10-22	Érudit	Adaptation culturelle ET santé mentale ET minorités ethniques ET services (filtre : titres/résumés/mots clés)	1
11-10-22	Francis/Pascal	Adaptation culturelle ET santé mentale	0

Date	Site Internet	Mots clés	Nombre potentiellement pertinents
12-10-22	Worldwidescience.org	Adaptation culturelle services primaires santé mentale (filtres : langue : français, anglais/toutes les ressources/mental health care, mental care)	12
13-10-22	Mednar	Ethnic primary mental health services (filtre : Health care)	30
13-10-22	Grey Literature Report	Cultural mental health primary care	1
14-10-22	Social Care Online	Cultural adaptation strategies in primary mental health services	16
14-10-22	BASE (Bielefeld Academic Search Engine)	Cultural adaptation of primary mental health services (filtre: langue : anglais)	32
14-10-22	Health Systems Evidence	Mental health primary services cultur*	0
14-10-22	Grey Literature Report	Cultural adaptation	1
16-10-22	Tripdatabase	Organisational strategies of cultural adaptation in primary mental health services for ethnic minorities	7
16-10-22	SantéCom	Adaptation culturelle	4
18-10-22	British Colombia Ministry of Health	Mental health	0
18-10-22	Health Quality Council of Alberta (HQCA)	Cultural competence	0
18-10-22	Health Quality Council (HQC) Saskatchewan	Cultural competence	0
18-10-22	Infobanque AMC	Première ligne santé mentale ET adaptation culturelle	3
18-10-22	Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)	Mental health services	0
18-10-22	Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)	Mental health	0
18-10-22	Manitoba's Health Information and Knowledge Network (MHIKN)	Cultural competency and safety Spiritual Health care	1
18-10-22	Programs for Assessment of Technology in Health (PATH)	Mental health	0
18-10-22	Qualité des services de santé Ontario	Santé mentale et comportement	0
18-10-22	UBC Centre for Health Services and Policy Research (Colombie-Britannique)	Equity and vulnerable populations mental health services	1
18-10-22	Australian Government Department of Health and Aged Care-Medical services advisory committee	Cultural competence	0

Date	Site Internet	Mots clés	Nombre potentiellement pertinents
ORGANISMES ET ASSOCIATIONS (santé, immigration)			
14-10-22	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)	Santé mentale	0
14-10-22	Association canadienne pour la santé mentale — Filiale de Montréal (ACSM)	Culture	3
17-10-22	Commission de la santé mentale du Canada (CAMH)	Culture	0
17-10-22	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA)	Santé mentale, culture	1
14-10-22	Centre de ressources multiculturelles en santé mentale (CRMSM)	Compétence culturelle et sécurisation culturelle/diversité culturelle/interprètes et courtiers culturels	1
17-10-22	Conseil canadien pour les réfugiés (CCR)	Santé mentale	0
17-10-22	Institut national en santé publique du Québec (INSPQ)	Compétence culturelle	0
17-10-22	Excellence en santé Canada	Compétence culturelle	0
17-10-22	Réseau Qualaxia	Adaptation culturelle	1
17-10-22	Institut universitaire SHERPA	Santé mentale	2
17-10-22	Société Santé en français	Culture, ethnoculturelle	0
			0
ORGANISATIONS INTERNATIONALES			
12-10-22	OMS	Organisational AND strategies AND cultural AND adaptation AND community AND mental AND health AND services AND primary AND care AND access OR use AND ethnic AND minorities	5
AGENCES EN ETMI			
05-10-22	Social Care Institute for excellence (SCIE)	Access OR use mental health services ethnic minorities	1
05-10-22	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	Adaptation culturelle (filtre : santé mentale)	0

Date	Site Internet	Mots clés	Nombre potentiellement pertinents
05-10-22	National Institute for Health Care and Excellence (NICE)	Cult* adapt* primary mental health care ethnic	0
05-10-22	Haute Autorité de Santé (HAS)	Adaptation culturelle; compétence culturelle	0
05-10-22	International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	Ethnic mental health services	0
12-10-22	Agency for Healthcare research and Quality (AHRQ)	Cultural adaptation strategies for mental health primary services for ethnic minorities	1
12-10-22	Cochrane Database of Systematic Reviews	Ethnic AND minorities AND primary AND mental AND health AND services	3
12-10-22	Cochrane Central (trials)	Ethnic AND minorities AND primary AND mental AND health AND services	3
13-10-22	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Ethnic AND minorities AND primary AND mental AND health AND services	0
13-10-22	Agence des médicaments du Canada / Canada's Drug Agency	Primary care mental health minorities	0
18-10-22	HTAi	Cultural competence	2
TOTAL :			198

ANNEXE C

Outils d'évaluation de la qualité méthodologique des publications

Devis de recherche / Outil d'évaluation	
Étude descriptive, rapport d'un organisme public	Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance (AACODS) Tyndall, 2010 (trad. fr., INESSS, 2016) https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf
Étude mixte	Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Hong et collab., 2018 https://eprints.whiterose.ac.uk/142162/5/EFI_MMAT_v3.pdf
Étude qualitative	Integrated quality criteria for review of multiple study designs (ICROMS) Zingg et collab., 2015 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26704633/
Étude quantitative (transversale)	Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS) Downes et collab., 2016 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27932337/
Étude quantitative (essai contrôlé randomisé, étude avant/après)	Integrated quality Criteria for the Review Of Multiple Study designs (ICROMS) Zingg et collab., 2015 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26704633/
Revue de la littérature	Grille de lecture des revues de synthèse Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2000 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf
Revue systématique	A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (version révisée) (AMSTAR-2) Shea et collab., 2017 https://www.bmj.com/content/358/bmj.j4008
Série de cas	JBIChecklist for Case Reports Joanna Briggs Institute, 2017 https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Case_Reports2017_0.pdf

ANNEXE D

Guide d'entretien avec des informatrices clés

INTRODUCTION

1. Présentation des participants : nom, profession, formation, nombre d'années d'ancienneté dans l'établissement, pays d'origine, langues parlées
2. Quel est votre rôle dans cet établissement ?
3. Est-ce qu'il y a d'autres membres dans votre équipe? Des bénévoles ?
4. Avez-vous des collaborateurs ? (à l'interne ou à l'externe)

ORIGINE ET ORGANISATION DU SERVICE

5. Qui est à l'origine de ce service et d'où est venue l'idée de ce service ?
6. Quel était l'objectif poursuivi par ce service ?
7. Quelles furent les étapes menant à la conception et à la mise sur pied de ce service ?
8. Avez-vous rencontré des obstacles/facteurs facilitant l'implantation de ce service ?
Si oui, lesquels ?
 - Budget dédié spécifiquement pour ce service ?
9. Où se situe ce service dans l'organigramme du CIUSSS du Nord ? De quelle instance relève-t-il ?

OFFRE DE SERVICES ET USAGERS

10. Quelles sont les interventions que vous offrez ? Ont-elles changé depuis la mise sur pied de ce service ? Quelles sont leurs particularités ?
 - Pouvez-vous nous donner un exemple du déroulement d'une consultation ?
11. Auprès de qui intervenez-vous ? Ces personnes sont-elles référées par d'autres services (liens avec la première ligne, milieux communautaires) ?
 - Quels sont les principaux enjeux rencontrés lors de vos interventions ? (communication, engagement, adhésion à l'égard des soins)
12. Comment procédez-vous pour faire connaître ce service ?
13. Utilisez-vous des services d'interprètes ou de médiateurs culturels ?

EXPÉRIENCES

14. Selon votre expérience actuelle de ce service, que suggèreriez-vous comme stratégies pour adapter culturellement l'organisation des services de santé mentale de proximité ?
 - a. Gouvernance
 - b. Ressources
 - c. Communication (compétences culturelles et linguistiques)
 - d. Accommodements dans la prestation de services
 - e. Initiatives visant la participation des patients, de leurs familles, de la communauté (sensibilisation, promotion, contact formel et informel, collaborations et partenariats)
15. Est-ce qu'on vous a déjà demandé des conseils à ce sujet ?

CONCLUSION

16. Avez-vous des changements ou des projets à l'horizon pour ce service ?
17. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Merci de votre collaboration !

ANNEXE E

Guide d'entretien avec des intervenant·e·s et gestionnaires d'organismes communautaires et de services de proximité en santé mentale

1. Mot de bienvenue et identification des modérateurs

2. Introduction du sujet et objectifs de la rencontre

J'aimerais vous remercier d'avoir accepté notre invitation à participer à ce groupe de discussion. Le but de cette rencontre est de connaître vos expériences et vos points de vue sur des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle visant l'accès, l'utilisation et l'engagement de personnes de la diversité ethnoculturelle dans les soins et services de proximité en santé mentale offerts sur le territoire de deux CIUSSS à Montréal, celui de l'Est-de-l'Île de Montréal et celui du Centre-Ouest-de-l'Île de Montréal.

Nous espérons ainsi recueillir un éventail de points de vue de la part de différentes personnes concernées par ce sujet. Cette information permettra de dégager des recommandations afin d'adapter les soins et services de proximité en santé mentale dans ces CIUSSS.

3. Consignes et règles de fonctionnement

Durée : le groupe de discussion sera d'une durée maximale de deux heures, avec une pause de quinze minutes vers le milieu de la rencontre.

J'aimerais maintenant vous expliquer quelques règles de fonctionnement pour notre groupe de discussion :

- ▶ Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.
- ▶ Les expériences et les opinions de chaque personne sont importantes.
- ▶ Parlez librement, que vous soyez d'accord ou en désaccord avec les autres participants. On ne cherche pas à obtenir un consensus autour de la discussion, mais plutôt à tenir compte de la diversité de vos points de vue. Soyez donc très à l'aise pour les exprimer.
- ▶ Ce qui est dit dans cette pièce, reste dans cette pièce. Nous aimerions que vous soyez à l'aise de partager vos expériences, si sensibles soit-elles.
- ▶ Ce que vous dit aujourd'hui est confidentiel. Nous n'identifierons personne par son nom dans notre rapport. Nous vous garantissons l'anonymat lors de la publication de ce rapport.

- ▶ Nous enregistrons la discussion aujourd'hui, si vous êtes d'accord.
 - Comme il est difficile pour nous de mémoriser tout ce que vous direz pendant cette rencontre, je demande votre consentement pour enregistrer vos propos.
 - Essayez de parler un à la fois, afin que le groupe en entier puisse entendre vos commentaires et que nous puissions les entendre clairement lors de l'écoute de l'enregistrement.
- ▶ Je demanderais aux personnes qui ont des téléphones cellulaires de les éteindre ou, du moins, si ce n'est pas possible, de les mettre en mode vibration.

4. Ouverture du groupe de discussion

- ▶ Nous allons faire un tour de table pour se présenter : votre prénom seulement, votre pays d'origine, vos années d'expérience, votre fonction et votre rôle auprès de populations de la diversité ethnoculturelle.
- ▶ Pourquoi vous avez choisi de participer à ce groupe de discussion aujourd'hui ?

Si nécessaire : Définitions

- ▶ **Populations de la diversité ethnoculturelle** : minorités visibles, personnes racialisées, demandeurs d'asile.
- ▶ **Adaptation culturelle** : « Toute modification (ajout, changement ou retrait d'une composante) apportée à l'offre de services usuels afin de les rendre plus acceptables, pertinents, utiles et efficaces pour une population diversifiée » (trad. libre de Healey et collab. 2017)
- ▶ **Compétence culturelle** : Compétence culturelle : un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques dont la combinaison permet à des organisations et à leur personnel de travailler efficacement dans des situations interculturelles (trad. libre, Cross 1989).

THÈMES

1. Gouvernance adaptée à la diversité ethnoculturelle

- 1) À votre connaissance, existe-t-il des initiatives menées par la direction de votre organisme / établissement pour favoriser la présence de représentants des populations de la diversité ethnoculturelle sur un comité de gouvernance, un comité de direction ou un comité-conseil ?
- 2) Est-ce que votre organisme/établissement dispose d'un profil détaillé des populations de la diversité ethnoculturelle qui habitent sur votre territoire de services ?
 - Quel type d'information sur ces populations vous servirait le plus dans votre travail ?

2. Ressources disponibles

- 3) Quelles sont les initiatives adoptées par votre organisme/établissement pour recruter parmi votre personnel des personnes de la diversité ethnoculturelle ?
 - ▶ Selon vous, est-ce que ces initiatives sont suffisantes pour répondre aux besoins des populations de la diversité ethnoculturelle ?
 - ▶ Qu'est-ce qui pourrait faciliter l'embauche de ces personnes ?
- 4) Avez-vous accès à des formations académiques ou professionnelles (p. ex., formation continue) ou offertes par votre employeur en vue d'acquérir une compétence culturelle ?
- 5) Disposez-vous des ressources humaines et financières nécessaires pour intervenir auprès de ces populations ?
 - ▶ Sinon, comment faites-vous pour répondre aux besoins de celles-ci ?
- 6) Quels sont les moyens (matériel, informatique ou autres) utilisés par votre organisme / établissement pour rejoindre ces populations et leur rendre disponibles les informations sur vos soins, vos services, vos interventions ?
 - ▶ Disposez-vous d'un budget à cette fin ?
 - ▶ Existe-t-il des ressources extérieures à votre organisme / établissement qui assurent un soutien à cette fin ?

3. Communication (compétences culturelles et linguistiques)

- 7) Rencontrez-vous des enjeux liés à la communication avec les populations de la diversité ethnoculturelle ?
- 8) Quels moyens sont à votre disposition pour faciliter la communication avec ces personnes ?
 - ▶ D'après vous, ces moyens sont-ils adéquats ?
- ▶ Des médiateurs culturels ou des interprètes sont-ils disponibles ?
- 9) Que pensez-vous d'utiliser le jumelage linguistique ou culturel entre les intervenants et les usagers de la diversité ethnoculturelle ?
 - ▶ Le fait de partager une même origine ethnoculturelle qu'un membre de votre personnel favorise-t-il la prise de contact avec les services de santé mentale par les personnes de la diversité ethnoculturelle ?

4. Prestation de services

- 10) Selon vous, quels types d'accommodements faciliteraient l'accès aux services pour ces populations ?
- ▶ Localisation des services/intervenants, temps alloué pour les consultations, horaire flexible ou étendu des services, accueil des nouveaux arrivants, ambiance)
- 11) Comment votre organisme/établissement assure-t-il un suivi (continuité) des services pour ces populations ?
- ▶ Soins collaboratifs, équipe multidisciplinaire...
 - ▶ Temps alloué pour discuter des cas complexes...
- 12) Est-ce que votre organisme/établissement peut miser sur la collaboration avec des partenaires pour orienter/ accueillir/ évaluer ou encore assurer un suivi des personnes de la diversité ethnoculturelle en quête de soins en santé mentale ?

5. Initiatives visant la participation des patients, de leurs familles, de la communauté

- 13) À votre connaissance, existe-t-il des initiatives populaires et communautaires visant à orienter les populations de la diversité culturelle vers les services de santé mentale ?
- 14) Est-ce que votre organisme/établissement organise des activités de sensibilisation ou de promotion des soins et services de santé mentale destinées aux populations de la diversité culturelle qui habitent sur votre territoire de services ?
- 15) À votre avis, les partenaires du milieu communautaire pourraient-ils assurer un lien entre les populations de la diversité culturelle et les services de santé mentale ?
- ▶ Responsables des lieux de culte, personnel des écoles, médiateurs culturels, et autres acteurs du milieu communautaire
 - ▶ Avez-vous des exemples de ce type d'initiative ?

Clôture de la rencontre

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Merci beaucoup le temps accordé et votre contribution à ce projet!

ANNEXE F

Formulaire d'engagement à respecter la confidentialité

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À RESPECTER LA CONFIDENTIALITÉ



ETMI : Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle visant la mobilisation, l'utilisation et l'engagement de personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des soins et services de proximité en santé mentale offerts sur le territoire de deux CIUSSS à Montréal

Je reconnais qu'en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, ch. S-4.2) et la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, ch. A-2.1), je suis tenu au respect de la confidentialité. En conséquence, je m'engage à respecter la confidentialité de toute information reçue dans le cadre du projet en titre lors de la réalisation de mes activités en lien avec ce projet et à en faire une utilisation appropriée. De plus, je m'engage à ne pas utiliser l'information obtenue dans le cadre de mon implication en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour moi-même ou pour autrui.

Je m'engage également à ne pas divulguer à qui que ce soit et à n'utiliser d'aucune manière tout renseignement nominatif obtenu dans le cadre de mon implication et se rapportant aux usagers et aux employés du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

De plus, je m'engage à n'enregistrer d'aucune façon l'identification des usagers et des employés du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Je comprends l'obligation de respecter cet engagement.

Signé à _____, le _____

Signature du participant

Signature du témoin

ANNEXE G

Formulaire de divulgation de conflit d'intérêts potentiels

FORMULAIRE DE DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS POTENTIELS¹



ETMI : Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle visant l'accès, l'utilisation et l'engagement de personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des soins et services de proximité en santé mentale offerts sur le territoire de deux CIUSSS à Montréal

Les participants ou participantes à un comité de suivi formé dans le cadre d'une évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) et au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-COMTL) devraient connaître à l'avance toute affiliation ou tout intérêt financier individuel qui pourrait influencer l'orientation de ce type d'évaluation. L'intention de la divulgation est de faire connaître à l'avance aux unités d'ETMI du CIUSSS-EMTL et du CIUSSS-COMTL les affiliations ou intérêts financiers possibles. Ces faits étant connus, il pourrait être demandé à la personne visée de s'abstenir de participer à certaines délibérations ou décisions, voire de se retirer du comité de suivi du fait de disposer de tels intérêts financiers, selon la situation. Cette démarche vise à assurer l'acceptabilité sociale et la crédibilité scientifique des résultats des travaux d'ETMI.

Par **affiliation**, on entend, par exemple : agir comme conseiller scientifique pour une société pharmaceutique (*Advisory Board Member*) ; par **intérêts financiers**, on entend, par exemple : accepter une invitation, gratification ou rémunération pour services rendus, des redevances, des fonds de recherche d'une société commerciale, détenir une participation financière dans une entreprise.

Le participant ou la participante à un comité de suivi devra divulguer par écrit tout conflit d'intérêts, réel ou potentiel, et ce, dès le début de la rencontre initiale dudit comité.

Déclaration :

J'ai actuellement, ou j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec une société commerciale ou professionnelle, ou je reçois des subventions ou des octrois de recherche d'une société commerciale.

☐ Non ☐ Oui

Si oui, précisez le type d'affiliation (par exemple : *je suis consultant pour la compagnie XYZ, j'ai été invité récemment par la compagnie XYZ, j'ai été conférencier pour la compagnie XYZ. Je reçois des subventions de recherche de la compagnie XYZ, je détiens des actions de la compagnie XYZ, etc.*, le nom de la société commerciale (pharmaceutique ou autre) et la période visée par l'affiliation.

- Type d'affiliation : _____
- Nom de l'organisation : _____
- Période : _____

Nom du répondant : _____

Signature : _____ Date : _____

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal

Québec

INSTITUT DU NORD-EST
SHERPA
Innovation, Diversité, Santé

¹ Tiré et adapté du Formulaire de divulgation de conflit d'intérêts potentiels de la Direction du développement professionnel continu, Faculté de médecine, Université de Montréal.

ANNEXE H

Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

**Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services
de santé mentale de proximité**

**Volet consultation d'une évaluation des technologies et des modes
d'intervention (ETMI)**

1. En quoi consiste cette consultation ?

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec celui du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal mène actuellement une ETMI sur les stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services de santé mentale de proximité. Ce projet comporte deux volets : 1) une revue de la littérature et 2) une consultation de parties prenantes. Vous êtes cordialement invité·e·s à participer au volet consultatif de ce projet. La consultation vise à mieux contextualiser les résultats du premier volet et à mieux les situer en considérant le vécu expérientiel des acteurs, les réalités et les limites du système de santé et des services sociaux.

2. Si je m'implique dans cette consultation, qu'est-ce que j'aurai à faire ?

Cela implique de participer à une rencontre de deux heures (2h) avec les membres de l'équipe-ETMI.

3. Y aurait-il des avantages pour moi à participer à cette consultation ?

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à cette consultation. Cependant, votre participation aidera à mieux adapter les soins et les services en santé mentale ainsi qu'à améliorer l'accès et l'utilisation de ces services par les personnes des communautés ethnoculturelles.

4. Ma participation à cette consultation entraînera-t-elle pour moi des risques ou des inconvénients ?

La participation à cette consultation ne comporte aucun risque. Les inconvénients liés à votre participation concernent essentiellement le temps que vous consacrerez aux activités énumérées au point 2. Aucune activité n'est par ailleurs obligatoire, la participation reste votre choix.

5. Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels ?

Les renseignements que vous fournissez seront traités de manière confidentielle. La transcription de vos propos lors de cette rencontre sera anonymisée. Tout acteur impliqué dans ce projet signe obligatoirement un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'il ou elle s'engage à ne pas divulguer les données auxquelles il ou elle a accès. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée.

6. Si j'ai besoin de plus d'information avant de me décider, qui pourrai-je contacter ?

Si vous avez des questions concernant cette consultation/projet, vous pouvez contacter :

- ▶ Jean Damasse (professionnel, CIUSSS-EMTL) : jean.damasse.cemtl@sssss.gouv.qc.ca ou;
- ▶ Mélanie Pearson (professionnelle, CIUSSS-EMTL) : melanie.pearson.cemtl@sssss.gouv.qc.ca

7. Consentement à participer à ce projet

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette consultation sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu, éventuellement, poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause un tort.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits et ne libère ni l'équipe du projet, ni l'établissement, ni les organismes subventionnaires, de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Je comprends que je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement par courriel.

☐ Je consens à participer à cette consultation.	☐ Je ne veux pas participer à cette consultation.
☐ Je consens que les activités soient enregistrées.	☐ Je ne veux pas que les activités soient enregistrées.
☐ Je souhaite recevoir les résultats de cette consultation.	☐ Je ne souhaite pas recevoir les résultats de cette consultation.

8. Engagement au respect de la confidentialité

En tant qu'acteur qui collabore à ce projet, vous devez aussi vous engager à :

- ▶ Respecter le caractère confidentiel de tout renseignement, information ou document dont vous prendrez connaissance dans le cadre de ces travaux. Cette information ne doit en aucun cas être divulguée à d'autres personnes que celles qui collaborent aussi à ces travaux;
- ▶ Prendre les mesures raisonnables afin de préserver la confidentialité de l'information et à n'en conserver aucune copie dès la fin des activités auxquelles vous avez pris part.

☐ Je certifie avoir lu et compris ces lignes directrices en matière de respect de la confidentialité et je m'engage à respecter les obligations qu'elles comportent de ma part.

☐ Je m'engage à respecter la confidentialité de toute information reçue dans le cadre de ma participation à ce projet.

Je confirme que j'ai donné mon consentement oral à participer au projet ainsi qu'à respecter la confidentialité.

Nom du participant : _____

Courriel du participant : _____

Date : _____

Nom et signature de la personne ayant obtenu le consentement

ANNEXE I

Grille d'extraction des données

1. Populations (P)

Participants (usagers, personnel des services de proximité)

- Échantillon (sélection, assignation, attrition en %)
- Caractéristiques (nombre, appartenance ethnoculturelle, langue, âge, genre, diagnostic)

2. Intervention (I)

- Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle facilitant l'accès aux services de proximité en santé mentale
- Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle facilitant l'utilisation et favorisent l'engagement des usagers dans les soins et les services de proximité en santé mentale

3. (Mi)lieu d'intervention (S)

Type d'organisation (services de proximité)

4. Comparaison (C)

Absence de stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle

5. Résultats (O)

Niveaux :

Organisationnel

- Disponibilité des soins (matériel, temporalité, lieux)
- Disponibilité du soutien (p. ex., personnel formé, interprète, etc.)
- Accès aux services (p. ex., taux de rétention des usagers)
- Continuité des soins (trajectoire, suivis...)
- Modalités de collaboration avec les services offerts dans la communauté (p. ex., organismes communautaires)
- Ressources investies

Clinique

- Changements dans les rapports avec les personnes de la diversité ethnoculturelle
- Impacts de la formation et de l'adoption de nouvelles procédures

Individuel (usagers)

- Connaissance des services et de leur disponibilité
- Fréquentation des services
- Impacts sur la santé, le bien-être
- Satisfaction/Insatisfaction à l'égard des services offerts/reçus
- Adhésion au traitement (participation vs abandon)
- Implication à la mise en place de soins et de services offerts culturellement adaptés

6. Qualité de l'étude

Grille utilisée et cotation (forces/limites de l'étude, biais)

ANNEXE J –

Publications exclues (motif : faible qualité méthodologique)

#	Auteur/Année	Devis de recherche	Grille d'évaluation de la qualité	Résultat	Source de la publication
1	Andersen (2003)	Revue systématique	AMSTAR-2	Faible	Littérature grise
2	Blignault (2019)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score= 14; min=16)	Littérature scientifique
3	Brisset (2014)	Revue systématique	AMSTAR-2	Faible	Littérature grise
4	Dempsey (2016)	Revue de la littérature	ANAES	Faible	Littérature grise
5	Hu (2020)	Revue systématique	AMSTAR-2	Faible	Littérature grise
6	James (2020)	Revue systématique	AMSTAR-2	Faible	Littérature grise
7	Kapke (2016)	Revue de la littérature	ANAES	Faible	Littérature grise
8	Lwembe (2016)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=11, min=16)	Littérature grise
9	McKenzie (2016)	Revue de la littérature	ANAES	Faible	Littérature grise
10	Misra (2006)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=8; min=16)	Littérature scientifique
11	Nazal (2014)	Étude qualitative (modèle)	ICROMS	Faible (score=12, min=16)	Littérature scientifique
12	Nejati (2021)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=8; min= 26)	Littérature scientifique
13	Santz (2018)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=13, min=16)	Littérature scientifique
14	Sung (2013)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=14, min=16)	Littérature grise
15	Ton (2005)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=9, min=16)	Littérature scientifique
16	Truong (2017)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=13, min=16)	Littérature grise
17	Weng (2017)	Étude qualitative	ICROMS	Faible (score=15, min=16)	Littérature scientifique

ANNEXE K

Caractéristiques des publications analysées

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude / Qualité (outil, score)	Objectif	Approche / Méthode	Population	Site
1	Alvarez, (2014) Texas (É-U)	Étude qualitative Bonne (ICROMS : score = 22/26, min =16)	Explorer des pratiques exemplaires en matière de compétences culturelle et linguistique dans deux centres de santé fédéraux	Entrevues semi-structurées (au téléphone)	n = 20 • 12 cliniciens ou médecins • 8 usagers des services En majorité d'origine latino-américaine (langues parlées : anglaise et/ou espagnol)	2 sites parmi les centres de santé fédéraux offrant des services de santé mentale de proximité
2	Bationo (2017) Québec (Canada)	Revue de la littérature Bonne (ANAES)	Mettre en évidence les spécificités de l'expérience parentale en contexte migratoire et répertorier les pratiques professionnelles adaptées aux groupes ethnoculturels	Revue de la littérature	Familles immigrantes avec de jeunes enfants	Aucun
3	Battaglini (2005) Québec (Canada)	Synthèse d'un projet-pilote (AACODS)	Explorer les besoins et spécificités organisationnels dans un contexte pluriethnique	• Entrevues individuelles • Groupes de discussion • Recension des écrits	n= 16 • 3 chefs de programme de 3 CLSC • 13 intervenants des CLSC, dont cinq immigrants	Territoires desservis par divers CLSC de Montréal et où se concentrent les populations immigrantes

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
4	Battaglini (2007) Québec (Canada)	Rapport d'un organisme gouvernemental (AACODS)	Réflexion sur les besoins d'intervention en contexte pluriethnique pour la région de Montréal.	Recherche documentaire	3 sources documentaires : 1. Étude de la Direction de santé publique de Montréal 2. Données clinico-administratives du CLSC Parc-Extension 3. Rapports financiers des CLSC de la région montréalaise	9 CLSC de la région montréalaise retenus selon certaines caractéristiques sociodémographiques de leur territoire
5	Brar-Josan (2019) Alberta (Canada)	Étude qualitative Bonne ICROMS : score = 24/26, min =16	Explorer le travail des médiateurs interculturels qui offrent des services aux réfugiés en milieu scolaire	Entrevue semi-structurée	n = 4 médiateurs interculturels, employés par une agence qui offre des services à des écoles ayant un grand nombre d'immigrants et réfugiés	Écoles de niveau primaire et secondaire en Alberta
6	Brisset (2014) Québec (Canada)	Étude quantitative (transversale) Moyenne (AXIS : score = 16)	Identifier : (1) les pratiques actuelles avec les clients allophones et les ressources disponibles; (2) les exigences en matière de services linguistiques; (3) les pratiques de travail avec les interprètes; (4) les représentations des rôles des interprètes dans le domaine de la santé mentale	Enquête par questionnaire	n = 113 membres du personnel de la santé offrant des soins en santé mentale : 63 médecins de famille 50 professionnels de la santé Clientèle : 20 % allophone	6 CLSC et 3 centres de crise

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
7	Cherner (2014) Ottawa (Canada)	Étude quantitative (transversale) Moyenne (AXIS: score = 15)	Décrire une approche d'évaluation (multicritères) de la compétence culturelle d'un centre de santé communautaire desservant des personnes de la diversité ethnoculturelle	• Sondage en ligne • Données administratives • Référence au classement thématique développé par Olavarria et collab. (2009) sur la compétence culturelle au niveau organisationnel	n = 70 membres du personnel, quatre gestionnaires, 10 membres de la Direction de l'établissement dont la langue usuelle des clients est l'anglais (72.0 %), le français (12.9 %) ou une autre langue comme l'arabe, le farsi, etc. (15.1 %)	Centretown Community Health Centre (Ottawa)
8	Codjoe (2021) Londres (Royaume-Uni)	Revue systématique Moyenne (AMSTAR-2)	• Examiner l'efficacité des interventions visant à réduire la stigmatisation de la santé mentale chez communautés religieuses afro-américaines; • Identifier les facteurs d'implantation de ces types d'intervention • S'informer en vue d'établir une collaboration entre la communauté de Noirs et les services de santé mentale au Sud de Londres	Recherche documentaire (10 bases de données bibliographiques: période indéterminée)	-----	-----

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
9	Delphin-Rittmon (2016) Hartford (É-U)	Étude quantitative (non contrôlée avant-après) Moyenne (ICROMS : score = 22, min=22)	Développer une intervention à deux niveaux qui vise les professionnels et les politiques organisationnelles, afin d'améliorer la compétence culturelle d'un centre communautaire en santé mentale	Sondage sur la compétence culturelle d'une organisation suivant une formation du personnel professionnel basée sur la définition de la compétence culturelle	n = 34 professionnels en provenance de trois équipes cliniques du centre de santé mentale, et du réseau local de services communautaires qui comprends 17 agences Parmi ces participants : 65 % caucasiens, 29 % afro-américains, 3 % asiatiques et 3 % autres.	Centre communautaire de santé mentale au Connecticut
10	Evans (2014) Southall (Royaume-Uni)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score=20, min=16)	Évaluer l'effet de la présence de travailleurs de liaison en santé mentale dans des cabinets de médecine générale sur l'orientation de personnes de la diversité ethnoculturelle vers le programme <i>Improving Access to Psychological Therapy</i>	Données administratives de cabinets de médecine générale	n = 10 000 patients appartenant aux minorités ethnoculturelles aux É-U et fréquentant des cabinets de médecine générale	Cabinets de médecine générale de Southall

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
11	Garner (2020) Jacksonville (É-U)	Étude quantitative Moyenne (ICROMS : score = 22, min =22)	• Viser l'engagement et l'éducation de leaders spirituels sur l'importance de l'évaluation, du référencement et du suivi de fidèles afro-américains à risque d'une dépression ou d'un suicide • Réduire la stigmatisation en santé mentale comme partie de cette formation, afin de prévenir la non-détection de problèmes de santé mentale	Échelles de mesure : • Mental Health Knowledge Questionnaire (MHK) • Community Attitudes Toward Mental Illness Scale (CAMI)	n = 28 leaders spirituels d'une institution confessionnelle situés dans une communauté afro-américaine	Institution confessionnelle de la Floride
12	Harding (2015) Melbourne (Australie)	Étude qualitative Bonne (ICROMS : score = 23/26, min =16)	Identifier les barrières et les facilitateurs rencontrés par les médecins généralistes dans la gestion et les soins dispensés aux patients de la diversité ethnoculturelle ayant une maladie mentale	Entretiens semi-structurés	n = 10 médecins généralistes de cliniques médicales origine ethnique : africaine (1), chinoise (2), anglaise (1), sri Lankaise (1), indienne (3), vietnamienne (1), arabe (1).	Cliniques médicales (première ligne) à Melbourne

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
13	Healey (2017) Kelowna (Canada)	Revue systématique Moyenne (AMSTAR-2)	- Identifier les thèmes existants dans la recherche sur les adaptations culturelles dans les services de santé et de santé mentale - Synthétiser la recherche expérimentale sur le sujet pour évaluer les gains d'efficacité potentiels des adaptations culturelles dans la prestation de services	Recherche documentaire (bases de données MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, EMBASE et littérature grise, 1955-2015)	-----	Services de santé et de santé mentale
14	Hernandez (2009) (É-U)	Étude descriptive AACODS	Présenter les composantes d'un modèle de compétence culturelle pour les organisations en santé mentale	- Revue de la littérature - Description narrative du modèle proposé	Communautés ethnoculturelles locales	Services de santé et de santé mentale
15	Holden (2014) Atlanta (É-U)	Revue de la littérature Moyenne (ANAES)	Proposer un modèle de soins intégrés compréhensif, innovant et culturellement adapté pour répondre aux complexités du système de soins de santé	Description narrative du modèle proposé	Afro-américains	-----

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
16	Im (2021) Virginie (É-U)	Étude descriptive (AACODS)	Proposer un modèle de soins pour traiter les troubles de santé mentale et autres traumatismes de réfugiés nouvellement arrivés aux É-U.	Description des composantes du modèle de soins <i>Mental Health and Psychosocial Support</i>	Nouveaux arrivants réfugiés qui présentent des troubles mentaux (traumatismes variés)	-----
17	Janzen (2010) Toronto et Waterloo (Canada)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score = 18, min =16)	Élaborer un cadre de référence pour offrir du soutien communautaire efficace en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle	Recherche action participative multi-design : • revue de la littérature • entretiens avec informateurs-clés • groupes de discussion • sondage • étude de cas	Participants à l'élaboration du cadre de référence : • Décideurs/ planificateurs du système de santé mentale • Personnel clinique en santé mentale • Communautés ethnoculturelles (Sikh, Chinois, Somaliens, latino-américains, Polonais)	Services communautaires en santé mentale à Toronto et à Waterloo

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
18	Jung (2016) Texas (É-U)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS score = 21, min. =16)	Impact de l'implication de la communauté afro-américaine dans une conférence abordant la promotion de la santé mentale sur les membres de cette communauté : <i>Central Texas African American Family Support Conference</i>	• Consultation de documents d'archives • Conférence sur la promotion de la santé mentale • Entrevues avec des informateurs-clés • Groupes de discussion • Observation-participante aux rencontres pour la planification de la conférence	Partenaires communautaires : bénévoles, prestataires de services de santé, membres de la famille de personnes afro-américaines présentant un problème de santé mentale, représentants des communautés religieuses	Région urbaine du Texas
19	Kim (2002) Chicago (É-U)	Étude descriptive (AACODS)	Décrire les besoins de la population et les stratégies que le personnel du projet-pilote a adoptés pour identifier et répondre aux besoins en santé mentale de cette population et l'amener à utiliser les ressources disponibles dans la communauté	• Groupes de discussion • Entretiens individuels (médecins, professionnels de la santé coréens) • Évaluation de brochures d'information	Population cible : Immigrants coréens de Chicago qui sont peu desservis par les services de santé mentale Participants au projet-pilote : • Communauté coréenne • Université de l'Illinois • Département de santé publique de Chicago • Fondation W.K Kellogg	Korean-American Community Health centre

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
20	Kirmayer (2011) Montréal (Canada)	Revue de la littérature Moyenne (ANAES)	Identifier des facteurs de risques et des stratégies pour l'évaluation, la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale pour les immigrants en première ligne	Recherche documentaire (six bases de données, 1998-2009)	Immigrants et réfugiés	-----
21	Lee (2008) Baltimore (É-U)	Rapport d'un organisme public (AACODS)	L'Association des psychiatres coréens-américains s'est donné comme objectif de centrer son attention sur les besoins non comblés pour des services en santé mentale pour la communauté coréenne américaine. Des membres du clergé ont été identifiés comme des leaders influenceurs et comme groupe-cible pour améliorer l'accès aux services en sensibilisant la communauté.	Description de l'offre de services de l'Association des psychiatres pour les Coréens aux É-U	Population coréenne aux É-U	Lieux de culte pour les Coréens aux É-U

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
22	Lee-Tauler (2018) Maryland (É-U)	Revue systématique Moyenne (AMSTAR-2)	Identifier les interventions visant à améliorer l'accès et l'utilisation des soins pour les groupes minoritaires sur le plan ethnoculturel	Recherche documentaire dans les bases de données Medline (1946–2016), Scopus (1960–2016), PsycINFO (1880–2016)	Minorités ethnoculturelles aux É-U, avec ou sans problème de santé mentale, et avec des facteurs de risque associés avec des désordres mentaux, des symptômes ou à un diagnostic de troubles de santé mentale	-----
23	McGarry (2018) Copenhague (Danemark)	Examen de la portée Moyenne (PRISMA-scr)	Cette revue examine des stratégies implantées et évaluées afin de réduire les problèmes de communication dans des services de santé fréquentés par des migrants et réfugiés dans la région européenne de l'OMS	Revue de la littérature (politiques, interventions) (2008-2018)	Migrants et les réfugiés dans les régions de l'Europe	Régions de l'Europe (OMS)
24	McKinney (2007) Montréal (Canada)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score = 17, min =16)	Identifier des modèles de services en santé mentale pour des réfugiés dans une perspective anthropologique	Observation-participante	n = 70 réfugiés en provenance de 30 pays différents dont : Irak, Tibet, Colombie, Haïti, Sri Lanka, Bosnie, Kosovo, Albanie, Sierra Leone, Liberia, Côte d'Ivoire, Somalie, Éthiopie	Clinique de santé située dans un centre-urbain du nord-Est des É-U

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
25	Miller (2005) San Francisco (É-U)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score = 21, min = 16)	Rôles des inter-prètes dans une psychothérapie auprès de réfugiés (point de vue des psychothérapeutes et des interprètes)	Entretiens individuels semi-structurés	n = 15 psychothérapeutes américains et n= 15 interprètes travaillant auprès de réfugiés en provenance de : l'Afrique, l'Amérique latine, le Moyen-Orient, l'Europe de l'Est	10 centres de traitement de la torture 4 cliniques de santé mentale pour réfugiés
26	Muvuka (2020) West Louisville (É-U)	Étude descriptive (AACODS)	Décrire l'approche <i>Boot Camp Translation</i> pour la conception et l'implantation d'une campagne de communication culturellement adaptée en vue de hausser le nombre de référencement vers les services de santé pour traiter la dépression chez les Afro-américains de West Louisville	Recherche-participative dans la communauté	n = 14 participants (universitaires, résidents de Louisville, professionnels de la santé publique, psychologue en santé mentale d'origine afro-américaine)	Communauté de West Louisville
27	Nadeau (2017) Montréal (Canada)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score=18, min=16)	Explorer les points de vue d'intervenants de services de santé de proximité au sujet de l'accès et de l'utilisation de ces services par les patients latino-américains	Entretiens individuels semi-structurés	n = 5 patients (12–15 ans) avec un de leurs parents latino-américains n = 15 thérapeutes de services de santé de proximité	Dans un CLSC ou au domicile familial

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude / Qualité (outil, score)	Objectif	Approche / Méthode	Population	Site
28	Nadeau (2014) Montréal (Canada)	Étude descriptive (AACODS)	Décrire l'utilité du modèle de soins collaboratifs (<i>Collaboratif Care Model</i>) pour les populations de la diversité ethnoculturelle	Description des composantes du modèle de soins collaboratifs	Enfants et familles de diverses communautés immigrantes à Montréal	CLSC (Montréal)
29	Paris (2016) Connecticut (É-U)	Étude descriptive (AACODS)	Décrire un type de collaboration interétablissements (services de santé mentale et université) pour offrir des services en santé mentale aux Latinoaméricains du Connecticut	Description des composantes du modèle de soins collaboratifs « <i>Connecticut Latino Behavioral Health System</i> »	Latinoaméricains (adultes) unilingues du Connecticut ayant besoin de soins en santé mentale	<i>Clínica Hispana</i> du Connecticut Mental Health Center
30	Polgar (2016) Philadelphie (É-U)	Étude quantitative (transversale) Bonne (AXIS : 32/40)	Examiner les liens entre les attributs et les pratiques organisationnelles en termes de continuité des soins pour des jeunes, dont ceux de la diversité ethnoculturelle, qui présentent un problème de santé mentale	Entretiens individuels en face-à-face (questionnaire structuré) avec des représentants de chacune des organisations	n = 100 organisations (OSBL et écoles) offrant des services de santé mentale aux 16-25 ans ayant un problème de santé mentale. Plus de la moitié du personnel de ces établissements offre des services à des jeunes afro-américains ou latino-américains	OSBL et écoles

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude / Qualité (outil, score)	Objectif	Approche / Méthode	Population	Site
31	Priebe (2011) Londres (Royaume-Uni)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score = 19, min =16)	Évaluer les problèmes rencontrés par des professionnels de la santé et ce qu'ils perçoivent comme des pratiques exemplaires pour surmonter ces problèmes ou limiter les impacts négatifs potentiels sur la qualité des soins	Analyse thématique d'entretiens individuels	n = 240 professionnels de la santé et gestionnaires connaissant bien les clientèles immigrantes de leurs établissements de santé	Capitales de 16 pays européens : 1) services de proximité localisés sur 3 territoires dans chacune des capitales 2) urgence hospitalière 3) services communautaires pour les patients ayant un problème de santé mentale
32	Ratnayake (2022) Ottawa (Canada)	Examen de la portée (scoping review) Bonne (PRISMA-ScR)	Identifier et localiser les types, ainsi que les caractéristiques d'approches et d'interventions utilisées par les organisations offrant du soutien pour l'installation des immigrants pour les guider vers les soins de santé de proximité	Classement thématique : modèle socioécologique théorique	Réfugiés, chercheurs d'asile et immigrants de 16 ans et plus, d'origine afghane (30.4 %), sri lankaise (25.3 %), iranienne (19.2 %), pakistanaise (10.7 %), vietnamienne (3.3 %), iraquienne (1.4 %). Autres : 6 %. Non identifié (3.7 %)	Divers types de services de santé de proximité en : Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse
33	Raval (2005) Tunbridge Wells (Royaume-Uni)	Étude descriptive (AACODS)	Explorer une approche collaborative sur le travail des interprètes avec des familles immigrantes recevant des services de santé mentale pour des jeunes	Revue de la littérature et cas exemplaire (fictif)	-----	-----

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
34	Riza (2020) Athènes (Grèce)	Examen de la portée (scoping review) Moyenne (PRISMA-ScR)	• Identifier les prérequis et les étapes d'implantation de services de santé de proximité pour les immigrants et réfugiés • Évaluer l'efficacité des modèles et interventions • Identifier les outils et les pratiques exemplaires potentielles	Recherche documentaire (bases de données PubMed, EMBASE, Scopus, 2002-2018)	Immigrants et réfugiés de tout âge et de tout statut	Divers pays : Canada, États-Unis, Afrique, Nouvelle-Zélande, Asie, Amérique latine, Australie, Europe, Moyen-Orient
35	Ruglass (2014) New York (É-U)	Étude quantitative (essai contrôlé randomisé) Bonne (ICROMS : score = 29/32, min=16)	Examiner l'effet du jumelage base sur l'origine ethnoculturelle sur le traitement de femmes ayant un syndrome post-traumatique et une dépendance aux substances	• Intervention de groupe : 12 séances de 75–90 min donnée par 15 thérapeutes Mesures : • Caract. socio-démog. • Addiction Severity Index (ASI-Lite, 1997) • PTSD Scale (CAPS) (1995) • Jumelage clientes/ thérapeute selon l'origine ethnoculturelle	Femmes adultes d'origine caucasienne, afro-américaine, latino-américaine et d'appartenance multiethnique	7 centres de traitements de la dépendance aux substances répartis à divers endroits (non spécifiés) aux É-U

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
36	Sashidharan (2003) Londres (Royaume-Uni)	Rapport d'un organisme public (AACODS)	Formuler des propositions afin de rehausser l'expérience des services et les résultats de l'offre de services de santé mentale fréquentés par les Noirs et les minorités ethnoculturelles	Lignes directrices pour un plan d'action visant la réduction des inégalités sociales en santé mentale	Noirs et minorités ethnoculturelles	Services de santé mentale en Angleterre
37	Scribner (2020) St-Louis (É-U)	Rapport d'un organisme public (AACODS)	Application du <i>Bridges to Care and Recovery Program</i> visant le rétablissement de fidèles d'origine afro-américaine vivant avec un problème de santé mentale	- Entretiens individuels - Groupes de discussion - Outil d'évaluation autoadministré	- n= 221 personnes formées (champions) et plus de 600 autres ayant participé à au moins une séance de formation - Fidèles : communauté afro-américaine	Églises de St-Louis
38	Shannon (2016) Minnesota (É-U)	Étude mixte Moyenne (MMAT)	Évaluer l'efficacité des pratiques de dispensateurs de services pour orienter les réfugiés vers des services de santé mentale	Recherche participative dans la communauté : - Enquête par sondage - Observations d'incidents critiques	n = 64 participants : intervenants sociaux (n=19), gestionnaire de cas, coordonnateur de soins (n=17), intervenants en santé mentale (n=16), infirmières (n=5), intervenants de services de proximité ou infirmière praticienne (n=4), personnel du milieu scolaire (p. ex., travailleur social) (n=3)	11 agences de santé mentale 9 organismes communautaires

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude / Qualité (outil, score)	Objectif	Approche / Méthode	Population	Site
39	Sharma (2022) Santa Barbara (É-U)	Étude qualitative (séries de cas) Moyenne (JBI Case report)	Explorer les difficultés rencontrées par des adultes d'origine indo-asiatique pour accéder à des services de santé mentale	- Données démographiques autorapportées - Entretiens individuels semi-structurés	n = 7 adultes d'origine indo-asiatique	Services de santé de proximité dans différentes villes américaines
40	Siegel (2003) New York (É-U)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score=16/26, min=16)	Projet visant à élaborer un classement thématique et à émettre des recommandations sur des mesures de performance afin qu'une organisation en santé mentale devienne culturellement compétente	- Panel d'experts - Données administratives	Panel d'experts : chercheurs, administrateurs, praticiens et usagers de services de santé mentale	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services (SAMHSA/ CMHS)</i> à New York
41	Snowden (2006) Californie (É-U)	Étude quantitative (transversale) Bonne (AXIS)	Évaluer l'efficacité de stratégies administratives visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale telles que perçues par des informateurs-clés	- Données clinico-administratives du programme Medi-Cal (<i>California's Medicaid program</i>) - Enquête (entrevues)	n = 59 coordonnateurs de services de santé mentale destinés aux personnes de la diversité ethnoculturelle	Services de santé mentale en Californie
42	Stein (2014) Caroline du Nord (É-U)	Essai randomisé contrôlé Moyenne (ICROMS : score = 20/32, min =16)	Examiner les variations au niveau des consultations et selon les caractéristiques des cliniques de santé mentale communautaires en lien avec l'engagement des usagers dans les traitements offerts.	3 entretiens avec chacun des participants - Données clinico-administratives (étude des dossiers des patients)	N = 638 patients : - Latino-américains (67 %) parlant l'anglais (61 %) - Caucasiens (15 %) - Noirs (11 %) - Autres (7 %)	13 cliniques de santé mentale communautaires aux É-U

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
43	Valdez (2011) Madison (É-U)	Étude qualitative Moyenne (ICROMS : score = 20/26, min=16)	Explorer les points de vue de dispensateurs de service de 1 ^{ère} ligne sur ce qui limite l'accès et l'utilisation des services par les patients latino-américains	Entretiens individuels avec des intervenants et 10 hres d'observations	n = 11 intervenants (dont 6 parlent espagnol et 3 Latino-américains) 40 % des patients de la clinique sont d'origine latino-américaine (Mexicains, Portoricains) et 60 % ont une origine ethnoculturelle variée (Caucasiens, Hmong, Afro-américains)	Clinique médicale familiale universitaire située dans une communauté urbaine du Midwest américain
44	Verrept (2019) Copenhague (Danemark)	Revue de la littérature Moyenne (ANAES)	Examiner le rôle de médiateur interculturel dans les services de santé offerts dans les régions européennes et analyser son apport potentiel sur l'accès et la qualité des soins offerts aux réfugiés et aux immigrants, ainsi que les facteurs ayant un impact positif à ce sujet	Revue narrative (2008-2019)	-----	-----

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
45	Westhues (2010) Waterloo (Canada)	Étude quantitative (transversale) Moyenne (30/40) (AXIS)	Examiner les perceptions du personnel d'organismes communautaires en santé mentale sur les pratiques culturellement responsables et sur la différence entre les organisations qui valorisent ou non la sensibilité culturelle	Enquête par sondage (en ligne)	n = 111 leaders d'organismes communautaires et d'établissements de santé offrant des soins en santé mentale, notamment aux personnes de la diversité ethnoculturelle	Organismes communautaires en santé mentale de l'Ontario
46	Williams (2014) New Jersey (É-U)	Rapport d'un organisme public Retenu (AACODS)	Décrire l'implantation du programme Promoting Emotional Wellness and Spirituality dans des églises fréquentées par des fidèles afro-américains	Description des composantes d'un programme de formation sur la santé mentale pour des membres du clergé	N= 86 participants à la formation dans 2 églises dont 98 % des fidèles sont Afro-américains	2 églises du New Jersey
47	Wrenn (2017) Atlanta (É-U)	Étude qualitative Bonne (ICROMS : score = 23/26, min = 16)	Identifier les principaux facteurs perçus par les patients, intervenants et gestionnaires de cliniques communautaires offrant des services de santé intégrés et culturellement adaptés pour des Afro-américains	• Groupes de discussion (9) • Données démographiques (questionnaire autoadministré)	N = 33 patients adultes afro-américains	<i>Comprehensive Family Health-care Center</i>

#	Auteur, année, ville, pays	Plan de l'étude/ Qualité (outil, score)	Objectif	Approche/ Méthode	Population	Site
48	Xavier (2021) Montréal (Canada)	Revue de la littérature Moyenne (ANAES)	Présenter une synthèse des connaissances épidémiologiques et cliniques disponibles sur la santé mentale des migrants, des minorités ethniques et des populations autochtones dans un contexte de psychose débutante	Recherche documentaire (bases de données MEDLINE, PsycInfo, Embase (période : ?))	Minorités ethnoculturelles, en particulier celles au Canada	-----

ANNEXE L

Documents de référence pour la classification thématique des données

#	Auteur, année, pays	Devis de recherche	Objectif	Approche/ Méthode	Résultats ²⁵
1	Cherner (2014) (Canada)	Étude quantitative (transversale)	Décrire une approche d'évaluation (multicritères) de la compétence culturelle d'un centre de santé communautaire desservant des personnes de la diversité ethnoculturelle	• Sondage en ligne • Données administratives • Référence au classement thématique développé par Olavarria et al. (2009) sur la compétence culturelle au niveau organisationnel	Classement thématique (53 standards de la compétence culturelle regroupés en 5 domaines) : 1. Normes, principes et politiques organisationnels; 2. Identification des actifs (ressources) d'une organisation par rapport aux besoins de la population; 3. Gestion des ressources humaines pour répondre aux besoins des usagers; 4. Offre et dispensation de soins et services adaptés aux besoins des usagers; 5. Partenariat avec les membres de la communauté concernée (consultation, implication des membres de la communauté dans l'organisation, échange d'informations)
2	Delphin-Rittmon (2016) (É-U)	Étude quantitative (non contrôlée avant/après)	Développer une intervention à deux niveaux qui visent les professionnels et les politiques organisationnelles, afin d'améliorer la compétence culturelle d'un centre communautaire en santé mentale	Sondage (<i>Organizational Multicultural Competence Survey</i>) sur la compétence culturelle d'une l'organisation suivant une formation du personnel professionnel basée sur la définition de la compétence culturelle	6 dimensions d'une organisation culturellement compétente : 1. Gouvernance, politiques et procédures 2. Évaluation de la qualité et suivi des services 3. Développement des ressources humaines 4. Dispensation des services 5. Langage et communication 6. Liens avec la communauté

²⁵ N.B. La traduction française de certains de ces résultats a été réalisée à l'aide du logiciel *Microsoft Co-Pilot*.

3	Healey (2017) (Canada)	Revue systématique	• Identifier les thèmes existants dans la recherche sur les adaptations culturelles dans les services de santé et de santé mentale • Synthétiser la recherche expérimentale sur le sujet pour évaluer les gains d'efficacité potentiels des adaptations culturelles dans la prestation de services.	Recherche documentaire (bases de données et littérature grise)	Cadre conceptuel des adaptations culturelles 1. Sensibilisation et participation communautaires 1.1 Évaluation des besoins de la communauté 1.2 Participation au développement de l'adaptation 1.3 Participation à la mise en œuvre, à la gestion et à la prestation des services 2. Changements dans la structure et le processus de prestation de services 2.1 Modification de la géographie ou de l'emplacement 2.2 Modification de l'espace physique 2.3 Changement dans le mode de prestation de services 2.4 Modifications apportées aux prérequis des prestataires de services (sélection, formation, appariement linguistique et culturel avec le client) 2.5 Changement dans la manière de fournir les services 2.6 Fourniture de services, de ressources ou de soutien supplémentaires 3. Adaptation du contenu (niveaux : individuel, sous-groupe, contenu culturel : graphiques, ciblage ou référence à des croyances, valeurs ou expériences)
---	------------------------------	-----------------------	--	--	--

4	Hernandez et collab. (2009) (É-U)	Étude descriptive	Présenter un modèle conceptuel de compétence culturelle pour des organisations offrant des services de santé mentale	Revue de la littérature	Composantes essentielles pour une organisation culturellement compétente : 1) Gouvernance : valeurs (vision, mission), objectifs, politiques, procédures, règles, planification et évaluation (collecte de données); 2) Ressources humaines : connaissances et habiletés du personnel à donner les soins et les services; recrutement de personnes de différentes cultures et qui parlent les différentes langues utilisées par les populations, ainsi que des incitatifs pour valoriser leurs compétences; 3) Prestation de services adaptée aux besoins et façons de faire des communautés; 4) Collaboration entre les services : communication (échanges d'informations), participation et implication de la communauté.
5	Holden (2014) (É-U)	Étude descriptive	Proposer un modèle de soins intégrés compréhensif, innovant et culturellement adapté pour répondre aux complexités du système de soins de santé.	Description du modèle CRASH (<i>Considering Culture, showing Respect, Assessing/ Affirming differences, showing Sensitivity/Self-Awareness, and to do it all with Humility</i>)	Modèle CRASH (composantes) : 1. Compétence culturelle : reconnaître l'importance de la culture des patients. 2. Respect : droit des individus d'être respectés. 3. Confiance : Évaluation de l'histoire culturelle du patient. Reconnaître que les groupes sont hétérogènes. 4. Sensibilité et conscience de soi : être attentifs aux perceptions spécifiques des cultures. Comprendre nos propres opinions et préjugés culturels (biais). 5. Humilité : s'engager à apprendre de ses patients.

6	Im (2021) (É-U)	Étude descriptive	Proposer un modèle de formation pour traiter les troubles de santé mentale et autres traumatismes de réfugiés nouvellement arrivés aux É-U	Description des composantes du modèle de soins <i>Mental Health and Psychosocial Support</i>	<i>Modèle Mental Health and Psychosocial Support</i> • Outils d'évaluation culturellement validés. • Formation ou supervision pour les paraprofessionnels bilingues, les travailleurs en santé communautaire et/ou les leaders de la communauté de réfugiés. • Modalités de traitement culturellement adéquates et sensibles (counseling entre pairs, interventions communautaires ou de groupe). • Sensibilité culturelle accrue grâce à la consultation d'experts culturels. • Interventions intégrées dans les activités normales de la communauté. • Soins collaboratifs avec les guérisseurs traditionnels ou les leaders religieux lorsque cela est approprié. • Soins intégrés ancrés dans les programmes communautaires, les soins primaires et d'autres contextes de santé pour de meilleurs résultats et un meilleur accès aux soins
---	--------------------	-------------------	--	--	---

7	Sashidharan (2003) (Royaume-Uni)	Rapport d'un organisme public	Formuler des propositions afin de rehausser l'expérience des services et les résultats de l'offre de services de santé mentale fréquentés par des Noirs et les minorités ethnoculturelles	Lignes directrices pour un plan d'action visant la réduction des inégalités sociales en santé mentale	Lignes directrices : • Plan décrivant comment intégrer la diversité culturelle au sein des services, y compris la planification, la prestation et l'élaboration des services. • Responsabilité et visibilité des questions ethnoculturelles au niveau du conseil d'administration. La gestion de la performance inclura la diversité ethnoculturelle comme domaine clé. • Mise en place des mécanismes formels pour l'implication de la communauté ethnoculturelle et des usagers des services issus de groupes ethniques minoritaires • Favoriser la participation des communautés ethnoculturelles locales dans la planification, la prestation et l'évaluation de l'efficacité des services de santé mentale. • Auto-évaluation des compétences culturelles et linguistiques du personnel et rapports annuels sur les progrès de l'organisation sur l'adaptation des services aux besoins des communautés ethnoculturelles. • Stratégies pour recruter, retenir et promouvoir un personnel clinique, managérial et de soutien qualifié, diversifié et culturellement compétent, formé et qualifié pour répondre aux besoins des communautés ethnoculturelles. • Les prestataires des services de santé mentale doivent travailler en collaboration avec le milieu communautaire pour développer et soutenir une variété de modèles de services pour répondre aux besoins des communautés ethnoculturelles. • Flexibilité et adaptabilité dans la prestation des services de santé mentale, ainsi que la conscience des différentes normes culturelles.
---	-------------------------------------	-------------------------------	---	---	---

					• Tenue de réunions publiques du conseil d'administration dans des lieux et à des moments pratiques pour les membres de la communauté ethnoculturelle locale. • Assurer un accès à un interprète pour les personnes qui préfèrent une langue autre que le français. • Documenter les caractéristiques sociodémographiques de tous les utilisateurs de services. • Lier formellement les travailleurs communautaires aux structures organisationnelles existantes.
8	Siegel (2003) (É-U)	Étude descriptive	Projet visant à élaborer un classement thématique et à émettre des recommandations sur des mesures de performance afin qu'une organisation en santé mentale devienne culturellement compétente.	• Panel d'experts • Données administratives	Catégories pour la mesure de la performance administrative (12 catégories, 142 indicateurs de performance) 1. Engagement de l'organisation dans la compétence culturelle 2. Intégration de la compétence culturelle dans l'organisation 3. Activités associées à la compétence culturelle dans les composantes de l'organisation 4. Comité consultatif sur la compétence culturelle 5. Connaissance des besoins des populations locales (communautés ethnoculturelles) 6. Connaissance des besoins des usagers des services 7. Capacité linguistique (services d'interprètes) 8. Services (à adapter) 9. Formation du personnel sur la compétence culturelle 10. Recrutement, embauche et rétention du personnel 11. Résultats (analyse des données, évaluation) 12. Informer les usagers des services et les familles immigrantes sur les services disponibles (matériel éducatif)

9	Westhues (2010) (Canada)	Étude quantitative (transversale)	Examiner les perceptions du personnel d'organismes communautaires en santé mentale sur les pratiques culturellement responsables et sur la différence entre les organisations qui valorisent ou non la sensibilité culturelle.	Enquête par sondage (en ligne)	Pratiques organisationnelles culturellement sensibles • Intégration de la sensibilité culturelle et linguistique dans la mission de l'organisation, sa planification stratégique et l'évaluation du progrès de l'implantation (audits, indicateurs de performance). • Élaboration d'un portrait démographique, culturel et épidémiologique des usagers des services, et de la population du territoire local desservi. • Évaluation détaillée des besoins des personnes de la diversité ethnoculturelle en vue d'adapter les services sur le territoire. • Évaluation des compétences en matière de santé mentale des interprètes et du personnel bilingue appelés à intervenir auprès des usagers des services • Implantation de stratégies de recrutement, de rétention et de promotion du personnel représentatif des personnes de la diversité ethnoculturelle du territoire desservi. • Formation du personnel : approche à préconiser avec les personnes de la diversité ethnoculturelle selon leurs limites linguistiques, croyances, etc. • Disponibilité et traduction en plusieurs langues de matériel éducatif sur les services offerts. • Assistance linguistique disponible lors de la prise de contact initiale des usagers avec les services, puis par l'entremise d'interprètes. • Rencontre annuelle avec les leaders de communautés ethnoculturelles pour promouvoir l'accès aux services de santé mentale pour les gens de ces communautés.
---	--------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------	--

ANNEXE M

Classement thématique des stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle

1. Gouvernance organisationnelle adaptée à la diversité ethnoculturelle

- 1.1 Mission, objectifs, plans et politiques
- 1.2 Représentativité des personnes de la diversité ethnoculturelle sur les conseils d'administration
- 1.3 Collecte de données sur les populations et leurs besoins : statistiques, recherche, consultations
- 1.4 Évaluation et contrôle de la qualité

2. Ressources humaines, matérielles et financières

- 2.1 Ressources humaines
 - 2.1.1 Promotion, recrutement et embauche
 - 2.1.2 Formations ciblées
 - 2.1.3 Formations sur les caractéristiques, les besoins et les problèmes vécus par les personnes de la diversité ethnoculturelle
 - 2.1.4 Formations académiques sur les interventions interculturelles et les approches sensibles à la culture
- 2.2 Ressources matérielles
 - 2.2.1 Disponibilité de matériel d'affichage (écrit et visuel) et de procédures traduites en différentes langues pour la population et adaptée à la littératie de cette population
- 2.3 Ressources financières
 - 2.3.1 Budget distinct pour les activités, opérations, actions et formations

3. Initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services de santé mentale et à susciter leur engagement au traitement

- 3.1. Activités de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale, les soins et services disponibles
- 3.2 Informer les personnes de la diversité ethnoculturelle au moyen de différents outils

4. Prestation de services

- 4.1 Faire preuve de flexibilité dans l'espace : Rapprocher les services des populations
- 4.2 Faire preuve de flexibilité dans le temps : Accommodements
- 4.3 L'interprétariat : l'entre-deux de la relation entre la personne de la diversité ethnoculturelle et l'intervenant
 - 4.3.1 Utilisation des services d'un interprète professionnel
 - 4.3.2 Utilisation d'interprètes informel-le-s ou *ad hoc* (sans qualifications professionnelles)
- 4.4 Intégration des spécificités ethnoculturelles dans l'offre de soins et de services
 - 4.4.1 Adaptation des soins à la diversité culturelle et linguistique
- 4.5 Implication des familles
- 4.6 Continuité des services basée sur la familiarité et la confiance

5. Liens interétablissements pour la dispensation de services aux communautés ethnoculturelles

- 5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité
- 5.2 Collaborations interorganisationnelles

ANNEXE N

Résultats (effets) selon les thèmes

Thème 1. Gouvernance organisationnelle : aucun effet identifié

Thème 2. Ressources humaines

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
2.1 Ressources humaines : promotion, recrutement et embauche			
Evans (2014)	Embauche d'un travailleur de liaison en santé mentale de la diversité ethnoculturelle dans une clinique de médecine générale	Améliorerait l'orientation vers les services de thérapies	-----
Paris (2016)	- Recrutement et embauche selon la maîtrise de différentes langues - Recrutement dans les programmes universitaires offerts dans une autre langue	-----	Recrutement dans les programmes universitaires : permettrait de rejoindre de futurs intervenants en santé mentale et d'aborder la spécificité culturelle des personnes hispanophones
Snowden (2006)	- Embauche de personnel bilingue ou biculturel ❖ Comparaison des stratégies offertes par différents services publics de santé mentale (sondage)	68 % des coordonnateurs considèrent que ce serait une stratégie efficace pour augmenter l'utilisation des services, en tant que stratégie d'attraction des usagers	-----

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies) / Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
2.2 Ressources humaines : Formations ciblées			
Bationo (2017)	• Sensibilisation à la diversité ethnoculturelle • Processus migratoires • Nouvelles communautés installées sur le territoire de services • Politiques relatives à l'immigration • Développement de compétences interculturelles	-----	Sensibilisation à la diversité ethnoculturelle : améliorerait les diagnostics, les traitements appropriés et l'adhésion des usagers à ceux-ci.
Delphin-Rittmon (2016)	• Compétence culturelle développée par des chercheurs et des personnes en rétablissement : influence sur la compétence culturelle organisationnelle ❖ Comparaison avant et après la formation (<i>Multicultural Awareness, Knowledge, and Skills Survey</i> (MAKSS; D'Andrea, Daniels & Heck, 1991) et <i>Multicultural Competence Survey</i> (Delphin-Rittmon, Flanagan & Dinzeo 2008))	-----	• Améliore la sensibilité culturelle du personnel ($t = -6.79$), de leurs connaissances ($t = -7.96, p < .001$) et de leurs compétences ($t = -4.49, p < .001$) • Changements organisationnels : ▫ élaboration et mise en œuvre d'un plan de compétence culturelle; ▫ création d'un comité de compétence culturelle; ▫ analyse continue de la composition démographique du personnel et des usagers; ▫ sondage sur la satisfaction des usagers; ▫ déploiement de stratégies de recrutement de personnes d'origines diverses; ▫ offre de services variés et de technologies qui répondent aux besoins des usagers.

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies) / Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
2.2 Ressources humaines : Formations ciblées			
Holden (2014)	Cours CRASH (<i>Considering Culture, showing Respect, Assessing/Affirming differences, showing Sensitivity/Self-Awareness, and to do it all with Humility</i>) – intégration de la culture du patient dans la prise de décision médicale	-----	• Ce cours permettrait aux professionnels de la santé de ne pas rompre la confiance avec l'utilisateur • La reconnaissance de l'histoire culturelle renforcerait le lien thérapeutique
Priebe (2011)	• Sensibilisation à la diversité ethnoculturelle ❖ Comparaison d'absence de services vs disponibilité de services	-----	Formation : permettrait d'offrir un service plus satisfaisant et respectueux aux usagers immigrants

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
2.3 Ressources matérielles et financières			
Healey (2017)	• Roman-photo (<i>fotonovela</i>) culturellement adapté sur la dépression (Unger et collab., 2013) ❖ Comparaison avec une brochure standard	• Réduction significative de la stigmatisation au sujet des antidépresseurs ($p < 0,05$) et des soins de santé mentale ($p = < 0,05$) au post-test. • Amélioration significative des connaissances des participants sur la dépression ($p < 0,05$) • Absence de différence significative de cette intervention en comparaison à une brochure standard sur l'auto-efficacité à identifier la dépression ou la volonté de demander de l'aide ($p > 0,05$)	-----
Priebe (2011)	• Dépliants d'information traduits et adaptés au niveau de littératie des nouveaux arrivants ❖ Comparaison d'absence de services vs disponibilité de services	Permet aux immigrants d'accéder au bon service et de recevoir les traitements appropriés	-----

THÈME 3. Initiatives visant à informer les personnes de la diversité ethnoculturelle sur les soins et services de santé mentale et à susciter leur engagement au traitement

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
3.1 Activités de sensibilisation et outils d'information			
Codjoe (2021)	Recours à des champions pour communiquer des messages sur la santé mentale dans les réseaux locaux communautaires (Mantovani et collab., 2017a, 2017b)	Champion : permettrait de rejoindre des communautés ethnoculturelles moins visibles dans l'espace public	-----
Jung et Aguilar (2016)	Conférence (<i>Central Texas African American Family Support Conference</i>) pour sensibiliser les participants aux soins et services en santé mentale disponibles, réduire la stigmatisation et les disparités en matière de santé mentale	Certains participants disposeraient d'une meilleure connaissance des ressources locales en santé mentale et des professionnels pouvant répondre à leurs besoins	-----
Lee-Tauler (2018)	Intervention (en mandarin) visant la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et à informer des fidèles d'origine chinoise de la disponibilité de services de santé de proximité (Teng et Friedman, 2009)	• Amélioration significative de l'attitude de ces fidèles à l'égard du traitement de la dépression • Augmentation significative de leur motivation à chercher de l'aide auprès de professionnels en santé mentale • Aucune différence n'a été observée quant au fait de chercher de l'aide auprès d'un médecin généraliste ou d'un conseiller spirituel	-----

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
3.1 Activités de sensibilisation et outils d'information			
Muvuka (2020)	• Campagne d'information et de sensibilisation sur la dépression • Publicités dans les autobus, sur Internet, dans les médias sociaux, à la radio et dans divers lieux publics pour une campagne d'information sur la dépression • Conversations et distribution de sacs contenant les messages de la campagne dans une épicerie • Approche collaborative pour la cocréation de messages, du matériel et des stratégies de diffusion	Augmentation des recherches portant sur la santé mentale sur la page Internet de ce service (36 recherches, dont 11 sur le dépistage de troubles mentaux et de groupes de soutien)	• Aucun appel téléphonique (211) pour un problème de santé mentale n'a eu lieu pendant la campagne • Augmentation du nombre de patients évalués pour une dépression (32 patients vs 13 patients l'année précédente) • Meilleure compréhension de la dépression et sentiment d'être mieux outillé pour intervenir auprès des pairs (10 participants/14)
Scribner (2020)	• Programme <i>Bridges to Care and Recovery</i> (BCR) ▫ Formation de « champions du bien-être » ▫ Embauche d'un agent d'interface communautaire (<i>community connector</i>)	• Formation de champions : des bénévoles ont offert de l'information à leurs pairs sur la santé mentale et ainsi réduire la stigmatisation au sein de leur communauté religieuse • Programme : Environ 400 personnes ont été orientées vers des services	• Formation de champions : Amélioration des connaissances du personnel des églises (bénévoles, prêtres, etc.) sur les problèmes de santé mentale • Programme : 95 % des participants au programme ont été orientés vers des services de thérapie qu'ils ont utilisés; • Environ 200 personnes ont reçu un total de plus de 650 séances sans frais • Engagement dans les services en raison du lien de confiance entre l'utilisateur et l'agent d'interface
Sharma (2022)	Séances d'information sous la forme d'ateliers dispensés dans la communauté sur les problèmes de santé mentale, les symptômes associés, les démarches à entreprendre pour obtenir des soins appropriés (Corrigan et collab., 2012, 2014)	• Réduction de la stigmatisation associée à la maladie mentale chez les participants; • Accès plus facile aux services de santé mentale pour ceux-ci	-----

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
3.1 Activités de sensibilisation et outils d'information			
Williams (2014)	Conférences organisées par le comité consultatif du Programme <i>Promoting Emotional Wellness and Spirituality</i> (PEWS) sur les signes et les symptômes de la dépression, sur la recherche de traitements et l'orientation vers des professionnels en santé mentale par des membres du clergé	Création d'un réseau fiable de références vers les services	Meilleures relations du clergé avec les professionnels en santé mentale
Wrenn (2017)	Implication active d'intervenants à des activités communautaires : foires sur la santé, événements religieux, séances d'information offertes dans des centres communautaires	Présence d'intervenants à ces activités ferait en sorte que les personnes de la diversité ethnoculturelle se sont montrées plus enclines à communiquer et à discuter de santé mentale avec ces intervenants	-----

THÈME 4. Prestation de services

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.1 Faire preuve de flexibilité dans l'espace : Rapprocher les services des populations			
4.2 Faire preuve de flexibilité dans le temps : Accommodements			
Nadeau (2014)	Colocalisation des soins de proximité et de santé mentale	Cela faciliterait l'identification d'un établissement de santé	Cela favoriserait l'engagement des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les services (moins stigmatisant)
Priebe (2011)	- Localisation des services dans les quartiers habités par les personnes de la diversité ethnoculturelle - Rencontres offertes en soirée avec les personnes de la diversité ethnoculturelle pour expliquer le fonctionnement des services ❖ Comparaison d'absence de services vs disponibilité de services	Localisation : contribuerait à résoudre les problèmes de transport et de rendez-vous	-----

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.1 Faire preuve de flexibilité dans l'espace : Rapprocher les services des populations			
4.2 Faire preuve de flexibilité dans le temps : Accommodements			
Snowden (2006)	- Flexibilité de l'horaire des services ❖ Comparaison des stratégies offertes par différents services publics de santé mentale (sondage)	Améliore l'accès aux services (selon 42 % des répondants)	-----
Stein (2014)	- Liens étroits avec les ressources du milieu (<i>outreach</i>) - Coupons rabais pour le transport en commun, places de stationnement gratuites ❖ Comparaison de 12 cliniques communautaires en santé mentale selon leurs caractéristiques (estimation d'un modèle multi-niveaux)	Liens étroits : orientation et accompagnement vers les services - Réduction de la stigmatisation associée à la confiance à l'égard des intervenants	- Engagement plus élevé : liens étroits (+ 3 %). (différence moyenne = 0.026, p=0.03) ❖ Engagement moins élevé des usagers malgré des coupons rabais pour : transport en commun (-4 %) (différence moyenne = -0,085, p<0,001) et le stationnement gratuit (différence moyenne = -0,044, p=0,001)

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.3 L'interprétariat			
Battaglini (2005)	Recours à la famille comme interprète	-----	- Peut engendrer un conflit intergénérationnel - Peut nuire à la confidentialité des informations divulguées par le patient
Battaglini (2007)	Recours à des intervenants <i>ad hoc</i> pour la traduction	Alternative lorsqu'une personne allophone se présente sans rendez-vous	-----

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.3 L'interprétariat			
Brisset (2014)	- Disponibilité d'un service d'interprétariat (professionnel) - Utilisation d'interprètes informel-le-s ou <i>ad hoc</i>	Interprète professionnel : les personnes de la diversité ethnoculturelle sont plus susceptibles de respecter leurs rendez-vous et d'utiliser les services de proximité	personnes de la diversité ethnoculturelle seraient plus assidues à leur consultation avec un membre de la famille, un ami ou un interprète professionnel que lorsqu'il s'agit d'un interprète <i>ad hoc</i> de l'établissement
Kirmayer (2011)	- Recours à des interprètes professionnels (Flores, 2005; Karliner et collab., 2007) - Ne pas recourir aux membres de la famille ou des personnes non formées (sauf urgence sans alternative) (Blake, 2003) - Recours à des professionnels de la santé <i>ad hoc</i> comme interprètes	-----	Interprètes professionnels peuvent aider le clinicien à comprendre l'expérience de l'usager, avec ses spécificités culturelles - Améliorerait sensiblement la communication entre le clinicien et l'usager - Contribuerait à réduire les disparités dans l'utilisation de services médicaux Interprète <i>ad hoc</i> : Risque que le professionnel retienne de l'information
Miller (2005)	- Utilisation de l'interprète professionnel comme premier point de contact avec les services - Utilisation d'interprètes avec certaines qualités et caractéristiques (p. ex., avoir vécu le statut de réfugié)	Interprète professionnel : peut améliorer la compréhension des personnes de la diversité ethnoculturelle de l'utilité des services psychologiques et psychiatriques	Interprète professionnel peut faciliter l'utilisation de services en exprimant de l'empathie et en développant une relation de confiance avec les personnes de la diversité ethnoculturelle - L'engagement est facilité par la relation de confiance qui s'instaure parfois avec l'interprète professionnel et la famille des personnes de la diversité ethnoculturelle. Cela contribuerait à améliorer l'intervention puisque la situation de cette famille est mieux connue Interprète avec statut de réfugié faciliterait la compréhension du contexte culturel et du vécu des personnes de la diversité ethnoculturelle

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.3 L'interprétariat			
Priebe (2011)	- Utilisation d'interprètes professionnels ❖ Comparaison d'absence de services vs disponibilité de services	-----	- Facilite la communication entre le clinicien et la personne de la diversité ethnoculturelle - Interprètes professionnels font partie intégrante de l'alliance thérapeutique

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.4.1 Soins tenant compte de la culture et de la langue			
Alvarez (2014)	Engager du personnel bilingue ou multilingue (services axés sur les patients)	-----	Professionnel bilingue peut comprendre les subtilités de la conversation
Harding (2015)	Médecins généralistes tirant parti de leur appartenance et connaissances (ethnicité, religion, appartenance à une culture non-dominante, pratique à l'étranger et/ ou de leur connaissance d'autres langues que celle officielle)	-----	- Peut faciliter la communication sur le diagnostic, le traitement et la gestion du problème de santé - Peut consolider la relation thérapeutique
Im (2021)	Soins tenant compte de la culture, de la langue et des préférences des personnes de la diversité ethnoculturelle Programmes psychosociaux qui tiennent compte des traumatismes	Programmes : Meilleure identification des réfugiés ayant des besoins en matière de santé mentale et les orienter vers les services appropriés	Soins : opportunité pour les personnes de la diversité ethnoculturelle de s'engager dans un traitement plus approprié
Ruglass (2014)	- Jumelage ethnoculturel : thérapie de groupe pour des femmes avec des troubles de consommation de substances et un stress post-traumatique ❖ Comparaison du jumelage ethnoculturel vs non-ethnoculturel de la thérapeute	-----	- Nombre moyen de séances suivies = 7,5 (écart-type = 3,66), sans différence significative entre l'origine ethnoculturelle (t = 1,40, p = 0,16) - Pas d'impact significatif sur la présence aux séances de groupe, ni sur le stress ou la consommation de substances au moment du suivi

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.4.1 Soins tenant compte de la culture et de la langue			
Stein (2014)	• Bilinguisme du personnel ❖ Comparaison de 12 cliniques communautaires en santé mentale selon leurs caractéristiques (estimation d'un modèle multi-niveaux)	-----	Les cliniques comptant ≥50 % de prestataires hispanophones n'ont pas d'effet significatif sur l'engagement des usagers dans les services
Valdez (2011)	Bilinguisme du personnel (réceptionnistes, travailleurs sociaux, médecins)	-----	• Facilite le déroulement de la visite • Améliore sensiblement les services offerts aux patients qui ne parlent pas la langue officielle
Verrept (2019)	Rôles (possibles) des médiateurs interculturels	Peuvent favoriser l'intégration des personnes de la diversité ethnoculturelle dans les systèmes de santé et soutenir leur autonomie en leur fournissant des informations sur les services sociaux et de santé disponibles et sur leurs droits en matière de soins de santé et contre le racisme institutionnel ou la discrimination	Peuvent établir un lien de confiance et faciliter la relation thérapeutique
Xavier (2021)	Jumelage ethnoculturel entre le professionnel de la santé et l'utilisateur (Cabral et Smith, 2011; Griner et Smith, 2006)	-----	• Amélioration de la compréhension mutuelle entre le thérapeute et son patient • Alliance thérapeutique renforcée • Pas de différence significative sur les résultats du traitement

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies)/ Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
4.5 Implication des familles			
4.6 Continuité des services basée sur la familiarité et la confiance			
Nadeau (2014; 2017)	- Traiter les familles immigrantes comme des partenaires, favoriser leur inclusion dans le processus d'évaluation et dans le plan de traitement - Continuité des services, basée sur la familiarité et la confiance des personnes de la diversité ethnoculturelle à l'égard des praticiens des services de proximité en santé mentale - Intervention familiale	Familles comme partenaires : amélioration de leur accès aux services de santé	Familles comme partenaires : conditions propices à l'engagement des familles (dont les jeunes) dans les soins
Polgar (2016)	Services diversifiés et offerts par des professionnels représentatifs des personnes de la diversité ethnoculturelle ❖ Comparaison de 100 organisations communautaires offrant des services de santé mentale aux 16-25 ans	-----	Organisations en santé mentale ayant une représentation proportionnelle des personnes de la diversité ethnoculturelle au sein de leurs services (cahiers de charges) obtiennent des résultats supérieurs sur l'index de la continuité des soins ($r=.32$, $p=.00$)
Priebe (2011)	- Présence de la famille pendant d'évaluation - Continuité des soins et relations positives : stabilité du personnel pour le développement d'une relation de confiance - Politique de bienvenue des usagers ❖ Comparaison d'absence de services vs disponibilité de services	-----	Continuité et relation positives : le tiers des participants considèrent que ce sont des composantes d'une bonne pratique pour les immigrants
Shannon (2016)	Développer d'un lien de confiance avec la famille	-----	Contribue à l'engagement des usagers dans les soins
Sharma (2022)	Rencontre du jeune avec le professionnel sans la présence de ses parents (assurance de la confidentialité des informations personnelles)	-----	Favorise l'engagement du jeune
Xavier (2021)	Collaboration étroite avec la famille (programme de premier épisode psychotique) (Claxton et collab., 2017; Malla et collab., 2020; Iyer et collab., 2020)	-----	Composante essentielle pour favoriser l'engagement dans un traitement, prévenir les rechutes et améliorer l'état de santé du patient

THÈME 5. Liens interétablissements pour la dispensation de services aux communautés ethnoculturelles

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies) / Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité			
5.2 Collaborations interorganisationnelles			
Brar-Josan (2019)	Intervenant-médiateur en milieu scolaire pour jeunes immigrants : information, évaluation, référence vers services de santé mentale, accompagnement des jeunes et de leurs familles, partage d'information avec le praticien pour le développement d'une stratégie de communication	Information : jeunes et leurs familles sont plus réceptifs au <i>counseling</i> , s'ils ont d'abord bien compris le processus	- Intervenant-médiateur en milieu scolaire offre au praticien les informations sur les préférences de l'utilisateur, afin de développer une stratégie de communication adaptée, qui permet de ne pas perdre le contact avec le jeune - La présence d'un intervenant-médiateur lors de la première rencontre avec le praticien, ainsi que la relation du jeune avec celui-ci, rendent le jeune plus à l'aise et plus réceptif

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies) / Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité			
5.2 Collaborations interorganisationnelles			
Garner (2020)	- Intervention éducationnelle visant l'engagement et l'éducation de communautés religieuses afro-américaines sur l'importance de l'évaluation, de l'orientation et du suivi de leurs fidèles identifiés à risque de dépression et de suicide ❖ Comparaison des résultats avant et après l'intervention (outil CAMI: <i>Community Attitudes Toward Mental Illness Scale</i>)	Leaders spirituels : - Meilleure connaissance en santé mentale et meilleure attitude ($t=18.68$, $p < 0.001$) (réduction de la stigmatisation) envers les personnes avec des problèmes de santé mentale - Diminution de l'autoritarisme ($t= -0.48$, $p < 0.001$) et des restrictions sociales ($t= -0.48$, $p < 0.001$) - Augmentation de la bienveillance ($t= 0.11$, 0.078) et de l'approche communautaire de la santé mentale ($t= 0.07$, $p < 0.500$) - Sensibilisation de leurs fidèles et orientation de ceux-ci vers des ressources en santé mentale - Référence par des leaders spirituels formés : Trois membres et une famille entière ont été référés à des agences communautaires en santé mentale	Suivi téléphonique après deux semaines par un pasteur sénior et un leader ministériel/ participant a révélé que les fidèles sont actifs dans le counseling individuel et familial avec un des prestataires communautaires en santé mentale
Im (2021)	- Modèle de services (<i>Mental health and psychosocial support - MHPSS</i>): liaisons et collaborations entre les services de santé mentale, les programmes psychosociaux (milieux non-cliniques) et les programmes pour réfugiés. - Formation, mobilisation de leaders communautaires ou de bénévoles	Leaders communautaires aident les nouveaux arrivants à naviguer à travers les ressources communautaires et les services de santé appropriés	-----

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies) / Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité			
5.2 Collaborations interorganisationnelles			
Janzen (2010)	- Partenariat : services de santé de proximité - services communautaires en santé mentale - Élaboration d'un cadre de référence commun de soutien en santé mentale pour les personnes de la diversité ethnoculturelle (intégration de personnes de la diversité ethnoculturelle dans la gouvernance, collaboration à l'élaboration de politiques, à la recherche et au suivi) - Formation offerte - Embauche de navigateurs en santé mentale	Cadre de référence : améliore l'acceptabilité et l'accessibilité des services en santé mentale ainsi que le soutien offert aux personnes de la diversité ethnoculturelle	-----
Lee (2008)	Dialogue entre l'Association des psychiatres coréens américains et le clergé coréen : étude exploratoire sur les perceptions du clergé coréen (désordres psychiatriques et leur attitude envers les services de santé mentale et de proximité) et organisation d'ateliers communautaires pour le clergé	Ateliers ne semblent pas avoir réussi à faciliter l'accès aux soins, puisque les membres du clergé n'ont pu être mis en contact avec des services locaux en santé mentale	Ateliers ont augmenté la prise de conscience autour des désordres psychiatriques dans les communautés, tout en facilitant le dialogue avec ce clergé
McKinney (2007)	Conseillers biculturels non professionnels : rôle de médiateur culturel	Orientent les usagers qui souffrent de troubles du stress post-traumatique, de dépression ou d'autres détresses mentales qui méritent des soins supplémentaires, vers les services de psychothérapie	Leur présence lors des premières sessions de psychothérapie de l'utilisateur faciliterait cette nouvelle relation (modèle en triade)

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies) / Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité			
5.2 Collaborations interorganisationnelles			
Paris (2016)	• Modèle <i>Connecticut Latino Behavioral Health System</i>: Partenariat entre des services de santé et une université (consensus de leaders locaux d'agences de santé) pour l'implantation de pratiques d'interventions culturellement adaptées, autour de quatre termes : <i>familismo</i>, <i>personalismo</i>, <i>confianza</i> et <i>humildad</i> • Navigateur de santé entre les points de services, services adaptés	• Partenariat: Accès immédiat aux services : réduction significative des listes d'attente, consultations plus nombreuses pour les usagers • Processus d'orientation facilité • Navigateur de santé : soutient la coordination des soins entre les divers établissements, oriente les usagers vers les ressources communautaires et dispense des informations pour les familles des usagers	• Partenariat: Services adaptés sur les plans culturel et linguistique pour 950 hispanophones unilingues de 18 ans et plus admis dans les services de santé mentale dans leur langue maternelle au cours de l'année. • Collaboration avec un centre de santé communautaire a (250 évaluations psychiatriques sur place, 400 séances d'information sur la gestion des médicaments) en espagnol et dans un cadre familial • Augmentation de la rapidité et de l'efficacité de l'examen et du traitement des usagers
Polgar (2016)	• Collaboration interorganisationnelle en milieu communautaire ❖ Comparaison de 100 organisations communautaires offrant des services de santé mentale aux 16-25 ans	-----	Les organisations qui offrent plusieurs types de services et qui font preuve de compétence culturelle favorisent la continuité des soins pour les problèmes de santé mentale vécus par les jeunes adultes (16-25 ans)
Snowden (2006)	• Collaboration avec les intervenants d'organismes communautaires (quartiers ciblés) ❖ Comparaison des stratégies offertes par différents services publics de santé mentale (sondage)	Stratégie efficace pour améliorer l'accès aux services selon 29 % des répondants	-----

1 ^{er} auteur (année)	Intervention (stratégies) / Comparaison	Résultats (Q1) Effets sur l'accès	Résultats (Q2) Effets sur l'utilisation et l'engagement
5.1 Collaborations interétablissements et coordination des services de santé mentale de proximité			
5.2 Collaborations interorganisationnelles			
Verrept (2019)	Médiateurs interculturels	Peu de données empiriques prouvent l'efficacité des médiateurs interculturels dans l'amélioration de l'accessibilité des soins pour les réfugiés et les immigrants	Peu de données empiriques au sujet de l'effet sur la qualité des soins; sur l'observance du traitement, sur le respect des droits et sur la sécurité des patients, et sur les résultats des traitements



*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec



Conception graphique : Direction de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation
Tous droits réservés © CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Mai 2025