

Faculté de santé publique

Représentations culturelles et recours aux soins de la santé mentale : étude auprès des personnes issues de l'Afrique subsaharienne résidant en Belgique.

Henriette D'zata Bokanga

Promoteur·rice(s)

Annalisa d'Aguanno

Afi Agboli

Année académique 2023-2024

**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée Politique de santé
& Approche communautaire des programmes de santé.**

Remerciements

Je tiens premièrement à remercier Madame Annalisa d'Aguanno, psychologue au sein de l'ASBL GAMS et promotrice de ce mémoire, pour avoir cru en mon sujet de recherche et en mes capacités. Ses précieux conseils, ses encouragements, sa patience et son expertise m'ont aidé à peaufiner ce travail.

Je remercie également Dr Afi Agboli, chercheure et collaboratrice scientifique au sein de l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) et la faculté de Santé Publique et co-promotrice de ce mémoire qui a été un réel soutien d'un point de vue méthodologique mais également personnel. Son ambition, son parcours et son perfectionnisme ont été un réel exemple et m'ont motivé à achever ce travail.

Ce travail a bénéficié d'un riche soutien sur plusieurs niveaux de la part de mes proches: Maman qui a toujours cru en moi. Mes frères : Lucien et Jonathan pour leurs paroles d'encouragement. Je salue également le soutien considérable de Stéphanie, Saly, Noëlla, Christel, T. Justine et P. Hermine.

Enfin, je remercie Aaron et Joël pour leur aide inestimable et la correction de ce travail.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1	Introduction	6
	Cadre théorique	8
2	Santé mentale	8
2.1	Définition	8
2.2	Facteurs qui influencent la santé mentale	8
2.3	Promotion d'une santé mentale positive.....	9
3	Représentations culturelles	10
3.1	Représentations de la maladie	10
3.2	Représentations culturelles de la santé mentale en Afrique subsaharienne.....	11
3.3	Représentations culturelles de la santé mentale des personnes issues de l'Afrique subsaharienne	12
3.3.1	Définitions de la santé mentale	12
3.3.2	Représentation des causes des troubles de la santé mentale	13
3.3.3	Représentations des interventions à l'issue des troubles de la santé mentale	14
4	Recours aux soins de santé mentale chez les personnes issues de l'Afrique subsaharienne en Belgique	17
5	Conclusion cadre théorique	19
6	Cadre empirique	21
6.1	Question de recherche	21
6.3	Collecte des données.....	21
6.3.1	Choix de l'échantillon.....	21
6.3.2	Processus de recrutement	22
6.3.3	Récolte des données	23
6.3.4	Considération éthique.....	23
6.3.5	Caractéristiques des participants	24
6.3.6	Analyse des données	25
7	Résultats	26
7.1	Expériences en lien avec la santé mentale	26
7.2	Définitions de la santé mentale.....	28
7.3	Représentations des causes de la santé mentale.....	29
7.3.1	Facteurs individuels	29
7.3.2	Facteurs sociaux.....	30
7.3.3	Aspects spirituels et religieux	30

7.4	Représentations des interventions	31
7.4.1	Soutien social.....	31
7.4.2	Mécanismes d'adaptation.....	32
7.4.3	Aspects religieux, spirituels et traditionnels.....	32
7.4.4	Recours aux soins de la santé mentale.....	33
7.5	Facteurs communautaires	33
7.5.1	Jugement de la communauté	33
7.5.2	Valorisation du fonctionnement communautaire	34
7.6	Facteurs éducatifs.....	35
7.7	Attentes concernant la relation thérapeutique.....	36
7.7.1	Besoin de compréhension	36
7.7.2	Besoin d'identification.....	37
7.8	Aspects culturels	38
7.8.1	Différentes appellations de la santé mentale	38
7.8.2	Stigmatisation	38
7.8.3	Priorisation des besoins.....	39
7.8.4	Manque de ressources	39
8	Discussions.....	40
8.1	Synthèse des résultats.....	40
8.2	Interprétation des résultats.....	42
8.2.1	Prégnance du fonctionnement collectif sur le fonctionnement individuel	43
8.2.2	Facteurs éducatifs	45
8.2.3	Recours à la spiritualité et à la religion	47
8.3	Recommandations et perspectives.....	49
8.4	Limites de la recherche et points forts de la démarche	52
8.5	Réflexivité.....	54
8.6	Conclusion cadre empirique	54
9	Conclusion générale	57
10	Références bibliographiques.....	58
11	Annexes.....	61

1 Introduction

La Belgique compte approximativement 130 000 personnes issues d'Afrique subsaharienne. Ceci représente un peu plus de 1 % de la population totale et 10 % de la population issue de l'immigration. Cette estimation fut réalisée sur base de critères tels que la nationalité, le pays de naissance, les personnes en demande de protection internationale, et les migrants sans statut juridique (Schoumaker & Schoonvaere, 2012).

La population d'Afrique subsaharienne se compose principalement des migrants issus de trois pays de ses anciennes colonies : la République Démocratique du Congo, le Rwanda et le Burundi. En outre, la présence des migrants issus de pays sans lien colonial direct avec la Belgique – à savoir le Ghana, le Cameroun ou encore le Nigéria – est également significative. 40 % de la population issue d'Afrique subsaharienne provient de la République Démocratique du Congo. Les 60 % restants sont originaires d'autres pays, comme le Rwanda, le Cameroun, le Ghana, le Burundi, le Nigeria et Maurice (Schoumaker & Schoonvaere, 2012). C'est le profil de cette population ci-haut citée qui sera au centre de notre étude. D'après plusieurs constats, cette dernière est touchée par plusieurs problèmes de santé mentale (Levesque & Rocque, 2015).

En effet, l'incidence du trouble de stress post-traumatique est élevée chez les personnes en demande de protection internationale et des personnes bénéficiant d'un statut de réfugié, en raison des expériences auxquelles ils ont été confrontés dans leur pays d'origine (Fazel, Wheeler et Danesh, 2005, cités par Levesque & Rocque, 2015). En outre, ces personnes sont confrontées à différents événements traumatisants durant leur parcours migratoire, ce qui favorise le développement de troubles mentaux. Selon des recherches européennes récentes, une augmentation de la prévalence des troubles de santé mentale a été observée chez cette population par rapport à la population générale. Il en est de même pour les troubles anxieux, de dépression et d'autres problèmes de santé mentale (Asfaw, 2020 ; Foo, 2018 cités par Platformbxl, 2024). Cela s'explique par le fait que la majorité des migrants en Belgique font face à divers facteurs de risques menaçant leur bien-être psychologique comme des inégalités socioéconomiques (accès au marché de l'emploi, niveau de revenu), des discriminations raciales, ainsi que des barrières linguistiques et culturelles (Fung et Wong, 2007 ; Khanlou, 2010 ; Robert et Gilkinson, 2012 ; Tiwari et Wang, 2008, cités par Levesque & Rocque, 2015). Malgré cette réalité, on peut observer une faible utilisation des services de soins en santé mentale par cette population. De plus en plus d'études démontrent que les représentations culturelles du concept de la santé mentale auxquelles les migrants adhèrent et particulièrement les stigmatisantes, freinent l'accès aux services de soins de la santé mentale (Fung et Wong, 2007). Cela dit, il existe des différences en termes d'accès et

d'utilisation aux services en fonction du statut administrative (Conseil supérieur de la santé, 2023).

Bishop (2004, cité par Jeoffrion, 2009), professeur et chercheur en psychologie de la santé, met en évidence que la culture joue un rôle important dans la perception de la maladie, de la manière d'identifier son origine, de la soigner et de la traiter. Selon lui, l'appartenance culturelle influence les représentations de la santé et de la maladie.

Ces informations nous ont donc amenés à questionner les représentations culturelles de la santé mentale et le recours aux soins relatifs à la santé mentale. Plus précisément : comment les personnes issues de l'Afrique subsaharienne et résidant en Belgique perçoivent-elles la santé mentale et le recours aux soins de la santé mentale ? Quelle est la place des représentations culturelles de la santé mentale dans le recours aux soins ? Comment les personnes issues de l'Afrique subsaharienne répondent-elles à leurs besoins en termes de santé mentale ? Une série de questions auxquelles nous tenterons de répondre.

Pour ce faire, nous avons sectionné notre travail en deux parties : une partie théorique et une partie pratique. D'une part, la partie théorique nous permettra de comprendre notre problématique. Nous présenterons ainsi les concepts centraux de cette étude, à savoir, la santé mentale, suivi des représentations culturelles de la santé mentale pour finalement aborder le recours aux soins de la santé mentale des personnes issues d'Afrique subsaharienne résidant en Belgique. De l'autre part, notre partie pratique présentera notre méthodologie et nos résultats tirés de 7 entretiens individuels pour terminer sur une discussion de nos résultats et des recommandations.

Dans cette optique, il convient de s'attarder sur le premier concept clé de cette étude, la santé mentale.

Cadre théorique

2 Santé mentale

Ce chapitre nous éclairera premièrement sur le cadre théorique de la santé mentale au travers de la définition de la santé mentale, les facteurs pouvant influencer la santé mentale et enfin les méthodes existantes pour promouvoir la santé mentale.

2.1 Définition

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme un « *état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2007, cités par Langevin 2017). Selon cette définition, la santé mentale ne se limite pas simplement à l'absence de la maladie mentale. Elle est essentielle au bien-être d'un individu (bien-être psychologique et bien-être émotionnel) et au bon fonctionnement d'une communauté (bien-être social). Elle fait partie intégrante de la santé. En ayant une santé mentale positive, une personne peut accomplir des fonctions et des activités essentielles. Cela lui permet de profiter de la vie tout en affrontant les obstacles et les problèmes qui lui sont liés.

Par ailleurs, nous pouvons également parler des troubles de la santé mentale qui sont souvent le résultat d'un diagnostic. Les problèmes de santé mentale se caractérisent par une altération de la pensée et de l'émotion, souvent accompagnée d'une difficulté à faire face aux imprévus et à la vie quotidienne. Une personne peut être atteinte ou pas de troubles de la santé mentale tout en ayant ou n'ayant pas une santé mentale positive. Cela dit, il est nécessaire de souligner qu'une santé mentale totalement satisfaisante n'existe pas. Celle-ci peut changer en fonction de l'évolution des sociétés et des systèmes de croyances (Thomas & Steen, 2016, cité par Langevin, 2017). Dans notre étude, nous avons choisi de parler des troubles de la santé mentale ainsi que de la santé mentale positive.

2.2 Facteurs qui influencent la santé mentale

Des déterminants individuels, environnementaux et liés aux milieux de vie influencent la santé mentale. Ils peuvent apparaître à tout moment de la vie. On y retrouve des facteurs de risque qui peuvent altérer le niveau de santé mentale des personnes, pour ne citer que des exemples : des

conditions socio-économiques fragiles, l'isolement social, une santé physique dégradante, la violence et la violation des droits humains (Thomas & Steen, 2016, cité par Langevin et al., 2017). Pour y remédier, plusieurs interventions sont utilisées afin de promouvoir sa santé mentale.

2.3 Promotion d'une santé mentale positive

Il existe plusieurs méthodes efficaces et réalisables pour promouvoir sa santé mentale positive, pour ne citer que des exemples : organiser des activités communautaires, effectuer des activités physiques ou encore artistiques. Celles-ci ont pour objectif d'agir sur les différents déterminants de la santé mentale. Dans le cas des troubles de la santé mentale, plusieurs méthodes ont été développées. Les professionnels de la santé mentale ont recours à la pharmacothérapie, la psychothérapie ou combinent encore les deux méthodes (Fansi et al., 2015 cités par Langevin et al., 2017).

Néanmoins, il faudrait souligner que la santé mentale est abordée différemment en fonction des cultures. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la santé mentale n'est pas prioritaire dans les agendas politiques (Menick 2015). Cela est évident à la vue de l'écart significatif entre le budget alloué à la psychiatrie et celui aux autres secteurs de la santé. Par exemple, une grande proportion (de 76% à 85 %) des individus souffrant de troubles mentaux ne sont pas pris en charge dans ces régions selon l'OMS (2020 ; Pigeon Gagné, 2022)

Cela pourrait s'expliquer par de nombreux facteurs, notamment par une la croyance en des étiologies variées liée à la culture d'appartenance. Ce qui pousse la population, dans ces régions, à davantage se tourner vers la médecine traditionnelle. Les résultats sont certes plus difficiles à quantifier mais ne sont pas à mépriser non plus (Kastler, 2011).

En somme, ce chapitre sur la santé mentale nous montre que la santé mentale est un état de bien-être de l'individu et du bon fonctionnement d'une communauté. Celle-ci peut être altérée dû à plusieurs déterminants environnementaux, familiaux et individuels. Il existe différentes manières de prendre soin et de promouvoir sa santé mentale. La santé mentale est abordée différemment en fonction des représentations culturelles de celle-ci (Langevin et al., 2017). Ce dernier point met en évidence que l'appartenance culturelle influence les représentations de la santé mentale (Jeoffrion, 2009).

Il nous est donc opportun d'introduire le point sur les représentations culturelles et particulièrement les représentations des personnes issues de l'Afrique subsaharienne résidant en Belgique.

3 Représentations culturelles

Ce chapitre nous éclairera premièrement sur le cadre théorique des représentations de la maladie, deuxièmement des représentations culturelles en Afrique et troisièmement des représentations culturelles des personnes issues de l'Afrique subsaharienne.

3.1 Représentations de la maladie

« *L'être humain, étant un scientifique de nature, cherche à comprendre et à expliquer son univers, et ce, dans le but de donner un sens aux phénomènes auxquels il est exposé pour mieux anticiper ce qui survient dans sa vie* » (Kelly, 1963 cités par Levestheque, 2015). Pour ce qui est spécifiquement du domaine de la santé et de la maladie, lorsqu'il est face à un problème de santé, ou une personne de son entourage y est confrontée, il élabore sa propre théorie. Il met tout en œuvre pour trouver une meilleure compréhension, explication et signification de la maladie. Les théories sur la santé menant au développement des représentations de la maladie sont le résultat d'un processus de construction mentale (Levestheque, 2015). En effet, ces théories populaires se développent de manière déductive : les nouvelles connaissances sont assimilées aux schèmes mentaux déjà existants, et ce tout au long de la vie. Elles sont principalement basées sur les expériences individuelles des personnes. La santé et les maladies sont donc des sujets subjectifs dont l'expérience est singulière à chaque individu. Chacun a une vision, une définition et une compréhension personnelle de la santé et des maladies. En dépit de cette différence dans la perception de la santé et des maladies, des similitudes existent au sein de personnes appartenant aux mêmes groupes sociaux. Par exemple, plusieurs études ont démontré que les individus ayant la même culture d'appartenance partagent des croyances similaires sur la santé et les maladies, les distinguant des autres cultures (Hakim et Wegmann, 2002 ; Hjelm et al., 2005 ; Jobanputra et Furnham, 2005 ; Levesque, Li et Bohémier, 2013 ; McCarthy et al., 2004 ; Torsch et Ma, 2000 cités par Levesque, 2015). Le système de croyances culturelles représente donc une forme de filtre par laquelle les individus interprètent, expliquent et donnent un sens à leurs expériences personnelles, sur lesquelles reposent leurs interprétations de la santé et des maladies (Levesque, 2015 ; Bishop, 2004 cités par Jeoffrion, 2009).

Ces différentes informations nous aident à comprendre pourquoi la santé mentale peut être définie et interprétée différemment en fonction de la culture d'appartenance. Cela nous mène à introduire les représentations culturelles de la santé mentale en Afrique subsaharienne.

3.2 Représentations culturelles de la santé mentale en Afrique subsaharienne

Il serait intéressant d'étudier les représentations culturelles de la santé mentale dans le contexte africain. En effet, notre étude cible les personnes issues de l'Afrique subsaharienne et vivant particulièrement en Belgique. Néanmoins, ces personnes maintiennent des liens avec leur pays d'origine. Plusieurs auteurs, notamment des anthropologues comme Glick Schiller, Basch et Szanton Blanc (1995 cités par Pannetier, 2018), s'accordent pour dire que malgré le contexte migratoire, il n'existe plus de concepts tels qu'ici ou là-bas. Ce qui signifie que nous ne pouvons pas parler d'une personne issue d'un pays en écartant son pays d'origine (Pannetier, 2018). Dès lors, il nous semble opportun de revenir sur les représentations culturelles de la santé mentale étudiées en Afrique subsaharienne.

Comme introduit au dernier point, la santé mentale est presque inexistante dans les agendas politiques des pays d'Afrique subsaharienne. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cela : le manque de ressources, le nombre limité de services offrant des soins psychiatriques, les diagnostics erronés, la stigmatisation et les préjugés associés à la santé mentale (N'goran & Zoldan, 2022).

Parmi ces facteurs, la culture d'appartenance africaine est un facteur important à souligner. D'après Tshibwabwa Mua Bay (2008, cité par Menick, 2015) journaliste congolais, dans les sociétés africaines traditionnelles, tout ce qui dépasse les normes ou qui ne s'explique pas de manière rationnelle et scientifique est interprété. Ainsi les événements les plus courants comme un décès ou une maladie ont un sens dissimulé. Ces interprétations mènent à croire que ces événements sont causés par un mauvais sort, le mauvais œil, ou encore le résultat de la volonté divine (Menick, 2015).

Ce dernier point nous invite à croire que les populations d'Afrique subsaharienne formulent des théories variées sur l'étiologie de maladie liés aux aspects culturels. Ces représentations les conduisent à recourir davantage au secteur traditionnel que professionnel en cas de maladie (Kastler, 2011).

Après avoir présenté les représentations de la santé mentale des personnes vivant en Afrique subsaharienne, il serait maintenant intéressant de relater celles des personnes issues de l'Afrique subsaharienne qui ont pour particularité de se retrouver dans un contexte migratoire.

3.3 Représentations culturelles de la santé mentale des personnes issues de l'Afrique subsaharienne

Les représentations de la santé mentale des personnes issues de l'Afrique subsaharienne sont le produit d'une combinaison de facteurs : la situation socioéconomique, le statut migratoire, les représentations culturelles, les croyances religieuses, les influences personnelles ou familiales, les normes sociales et les médias. Ces facteurs sont comptés parmi les facteurs influençant les comportements de santé des personnes à l'égard de la santé mentale (Aden, Oraka & Russell, 2020). Dans le cadre de notre étude, nous nous focalisons sur le facteur de la culture d'appartenance, ce qui explique le choix de cibler une population en particulier.

Il est intéressant de souligner qu'il existe peu d'études sur les représentations culturelles de la santé mentale de la population africaine en contexte migratoire. Parmi les études menées, nous avons regroupé trois études - menées au Canada sur la population migrante originaire d'Afrique subsaharienne. La première étude a été réalisée sur un échantillon de 130 personnes à l'aide de sondages et d'entretiens (Langevin et al., 2017), la deuxième compte 50 participants qui ont été rencontrés lors d'entretiens (Aden, Oraka & Russell, 2020) et la troisième a été réalisée sur huit parents d'élèves au travers d'entretiens (Lesveque & Rocque, 2015). L'ensemble de ces trois études nous permet de mieux comprendre les représentations culturelles de la santé mentale de notre population cible.

Notre analyse sur les représentations culturelles de la santé mentale s'organise en plusieurs catégories : les définitions de la santé mentale, les représentations des causes des troubles de la santé, et les représentations des interventions en cas de troubles de la santé mentale.

3.3.1 Définitions de la santé mentale

La santé mentale est définie comme un état de bien-être général de la personne, mais également de sa capacité à composer avec le stress de la vie et les situations difficiles. Ceci embrasse une partie de la définition de l'OMS sur la santé mentale. Néanmoins, il faudrait souligner que plusieurs perçoivent la santé mentale de façon négative. Ils ont expliqué que lorsqu'ils apprenaient qu'une personne rencontrait un problème d'ordre mental, elle était perçue comme « souffrante » ou « folle » (Aden, Oraka & Russell, 2020).

Ces études ont mis en avant qu'il existe de la stigmatisation et des préjugés liés à la maladie mentale. Nous comprenons ainsi que la divulgation de problèmes de santé mentale aux

membres de la communauté ou le recours à un professionnel de la santé mentale expose la personne au jugement (Aden, Oraka & Russell, 2020).

3.3.2 Représentation des causes des troubles de la santé mentale

Les points relevés sur les représentations de l'étiologie des troubles de la santé mentale sont fractionnés en trois points : les facteurs sociaux, psychologiques et surnaturels.

3.3.2.1 Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux regroupent : l'environnement social, les expériences de vie et des situations de vie difficiles.

L'environnement social dont il est question, dans ces études, est constitué de la famille, de la société, de la culture du pays d'origine et du pays d'accueil, du voisinage, du milieu de vie, des amis et des médias. Ces agents sociaux agissent en fonction de leur mécanisme d'influence. D'une part, le fait d'être isolé ou de ne pas avoir un réseau social dans son environnement proche peut être considéré comme un facteur non négligeable dans l'apparition de troubles. D'une autre part, une mauvaise qualité des relations (manque de soutien ou d'aide, manque d'amour et manque d'affection ou d'encouragement) avec le réseau social peut être un facteur en cause. La pression sociale imposée par la famille, la société peut être également un facteur menant à l'émergence de trouble de la santé mentale (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017).

Outre l'environnement social, l'influence des expériences de vie difficiles auxquelles une personne a été exposée peut être considérée comme une cause de trouble de santé mentale. Il s'agit ici, à titre d'exemple, de la perte d'un emploi qui a pour conséquences des problèmes financiers, les inquiétudes quant à sa santé, ou encore le stress et le surmenage liés au travail ou aux études (Levesque & Rocque, 2015).

Enfin, les événements de vie difficiles, parfois drastiques et traumatisants, peuvent être considérés comme des facteurs potentiels menant au développement de troubles de la santé mentale. A titre d'exemple : une séparation ou un divorce, un deuil, vivre une guerre, être victime d'abus et de violences ont été cités. Les participants ont enfin ajouté que se retrouver dans un contexte migratoire pouvait être source de stress et pouvait ainsi être considérée comme un facteur en cause. Le fait d'immigrer dans un pays s'accompagne de défis et de difficultés

tels que l'absence de travail, les problèmes financiers, la solitude, le choc culturel et la discrimination - pour ne citer qu'eux (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017).

3.3.2.2 Facteurs psychologiques

La deuxième catégorie des représentations de l'étiologie des troubles de la santé mentale soulève une certaine responsabilité sur l'état de sa santé mentale. Certains comportements à risque comme l'abus de substances peuvent influencer négativement la santé mentale. En plus des comportements, la mégestion des émotions, telles que la conservation d'émotions négatives (colère, jalousie, tristesse) ainsi que le fait de contenir ses émotions et ne pas les exprimer, ont été cités. Enfin, des prédispositions personnelles comme une sensibilité personnelle à être plus enclin à développer des troubles de la santé mentale sont à considérer d'après ces études (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017).

D'autres répondants affirment l'existence d'un lien de causalité entre la génétique et la maladie mentale (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017). Les facteurs surnaturels ont également été cités.

3.3.2.3 Facteurs surnaturels

L'étiologie de la santé mentale est considérée par une faible portion (25 % des participants) comme les conséquences de malédictions, de mauvais sort ou de la sentence d'un acte répréhensible. En effet, parmi les réponses des participants, certains supposent qu'une personne rencontrant des problèmes de santé mentale vivrait « *détachée du dessein divin ou déconnectée de Dieu* » (Aden, Oraka & Russell, 2020).

Ce point introduit ainsi la notion du surnaturel dans l'étiologie des troubles de la santé mentale et met ainsi en avant l'influence de la spiritualité et de la religion sur les représentations de la santé mentale. Ces deux derniers seront davantage développés dans le point suivant traitant sur les représentations des interventions à l'issue des troubles de la santé mentale (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017).

3.3.3 Représentations des interventions à l'issue des troubles de la santé mentale

Au niveau des représentations des interventions en cas de problème de santé mentale, le soutien social, les services professionnels et les pratiques religieuses, spirituelles et traditionnelles ont été cités.

3.3.3.1 Soutien social

Selon les répondants aux études, le soutien social permet essentiellement de gérer et de prendre en charge la santé mentale. La famille, les amis, les collègues, les associations de soutien, les services communautaires (y compris les églises) et le gouvernement peuvent fournir ce soutien. De plus, ce soutien peut prendre diverses formes ; il peut être d'ordre émotionnel et moral en montrant de l'affection par des actes concrets ; laisser la personne s'exprimer ainsi qu'être simplement à l'écoute. Enfin, communiquer des informations, des pistes à une personne est aussi considéré comme étant un soutien (Levesque & Rocque, 2015).

3.3.3.2 Services professionnels

Parmi les interventions utilisées pour prendre soin de leur santé mentale, les services professionnels relevant du domaine médical et psychothérapique ont également été cités.

Les médecins, les psychiatres, les neurologues, les infirmiers sont considérés comme des professionnels au niveau médical. Leur mission consiste à évaluer les patients pour établir un diagnostic, prescrire des médicaments, administrer des injections, conseiller et accompagner le patient en lui fournissant des informations visant à favoriser sa santé mentale (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017).

Outre les services médicaux, les services psychothérapeutiques ont également été retenus. Les psychologues, les sociologues, les assistants sociaux et les conseillers sont considérés comme des professionnels de la psychothérapie. Ils ont pour rôle d'évaluer le patient afin de poser le diagnostic pour ensuite intervenir sur les causes du trouble diagnostiqué. Les différentes formes d'action soulignées sont notamment : laisser le patient s'exprimer en thérapie, prodiguer des conseils dans le but d'optimiser les comportements plus sains et productifs pour la personne et travailler sur la cognition-perception afin de visionner la situation sous un œil plus positif (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017).

3.3.3.3 Pratiques traditionnelles, religieuses et spirituelles

La dernière intervention a été relevé par une proportion moins importante : les pratiques traditionnelles, religieuses et spirituelles.

Selon certains participants de ces études, la médecine traditionnelle est considérée comme un moyen d'intervention en cas de troubles de la santé mentale. La pharmacopée des chamans ou des médecins traditionnels se compose principalement de plantes ayant des propriétés

thérapeutiques. Ils réalisent également des rituels de purification. Néanmoins, il faudrait souligner qu'une grande portion des personnes ayant parlé des pratiques traditionnelles ont plutôt marqué la religion et la spiritualité comme moyen d'intervention. La prière, les séances de délivrance ou d'exorcisme, ou simplement la foi en Dieu, ont été évoquées comme des moyens efficaces de lutte en cas de trouble de la santé mentale (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017).

Dans cette perspective, force est de constater que la religion peut être également considérée comme un facteur influençant les représentations culturelles de la santé mentale. En effet, la foi et la spiritualité renforcent le sentiment de paix, de reconnaissance et de lien et davantage lorsque celles-ci sont partagées avec d'autres membres de la communauté. Les lieux des cultes comme les mosquées ou les églises deviennent des lieux de rencontres et de partages, non seulement avec la communauté, mais également avec des conseillers spirituels qui leur apportent des services de soutien et d'orientation répondant ainsi spécifiquement à leurs besoins. Ces moments de communion leur permettent ainsi de lutter contre les situations difficiles et stressantes de la vie (Menick, 2015).

Les différents points de ce chapitre sur les représentations de la santé mentale nous mettent en lumière plusieurs éléments pertinents pour notre étude : Les représentations de la maladie sont partagées au sein d'un même groupe social ; chaque culture a sa manière de percevoir et d'interpréter la maladie. Nous nous sommes ainsi focalisés sur la manière d'appréhender la santé mentale auprès des personnes issues de l'Afrique subsaharienne.

Pour résumer ce point, les représentations de la santé mentale des personnes issues de l'Afrique subsaharienne ont été présentées sous différents points : les représentations de la santé mentale, les représentations des causes des troubles de la santé et les représentations des traitements des troubles de la santé mentale.

Au niveau des représentations de la santé mentale, celle-ci est perçue comme un état général de bien-être et la capacité à résister au stress. Elle est également perçue négativement, dans la mesure où les personnes recourant aux soins de la santé mentale sont jugées et stigmatisées par la communauté.

Au niveau des représentations des troubles de la santé mentale, on comprend que les facteurs sociaux comme les liens avec le réseau social, la société et la culture peuvent influencer négativement la santé mentale. Des facteurs psychologiques comme les comportements à

risque et déviants ou encore génétiques peuvent altérer la santé mentale. Des facteurs surnaturels liés aux représentations culturelles comme les malédictions et le mauvais sort ont été également cités.

Au niveau des représentations des traitements de la santé mentale, il est ressorti que le soutien social, les services professionnels et les pratiques religieuses, traditionnelles et spirituelles seraient considérés comme traitement des troubles de la santé mentale. Le soutien social est le fruit des liens entretenus avec la famille, les amis, les groupes de soutien et communautaires. Les services professionnels comprennent les professionnels de soins de la santé provenant du domaine médical et psychothérapeutique. Pour les personnes issues d'Afrique subsaharienne, certains présentent la religion et les pratiques spirituelles (prières, délivrances, etc.) comme moyen pour pallier les troubles de la santé mentale ; cela leur procure un sentiment de paix et d'appartenance à une communauté.

Plusieurs auteurs soulignent que des représentations culturelles de la santé mentale freineraient l'acceptabilité des soins de la santé mentale. Nous aborderons ce sujet dans le prochain point.

4 Recours aux soins de santé mentale chez les personnes issues de l'Afrique subsaharienne en Belgique

Comme étudié précédemment, plusieurs facteurs peuvent influencer le recours aux soins des services de santé professionnels chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne.

Nous ne disposons pas de données exactes mettant en évidence le recours aux soins des personnes issues de l'Afrique subsaharienne résidant en Belgique. Néanmoins, nous pouvons nous référer aux données concernant l'utilisation des services de soins de la santé mentale de la population belge en général. En 2019, 9,5 % de la population totale a consulté un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre (Eurostat, 2019). Compte tenu du fait que les personnes issues de l'Afrique subsaharienne représentent entre 1 et 2 % de la population belge et sur la base des différentes études consultées pour aborder les représentations culturelles, nous pouvons déduire que les services de soins de santé mentale sont faiblement utilisés par cette population.

« La culture fait partie de ces biens que l'on possède et que l'on ne veut pas perdre » (Laala Hafdane, 2003). Dans ce contexte, lorsque nous parlons de la santé des personnes migrantes, il est souvent relaté qu'elles ont un faible niveau de « lecture en santé ». Or cette conclusion reste

un point de vue ethnocentrique de la situation. En effet, il n'existe pas une connaissance absolue sur la santé, mais bien plusieurs. Ainsi, la connaissance des personnes migrantes ne se réfère pas forcément à celle des autorités médicales du pays d'accueil. Lorsqu'une personne migre et ne connaît pas encore le pays d'accueil, sa connaissance sur la maladie et le système de soins se base sur ses croyances, ses valeurs et le système de santé de son pays d'origine. Dans ce sens, le parcours pour se soigner est souvent le résultat de la transition entre le système du pays d'accueil et le système du pays d'origine (Sakoyan, 2007). Cela n'empêche pas l'utilisation des systèmes de santé du pays d'accueil. Cependant, l'accès aux services de santé peut rencontrer plusieurs obstacles.

De manière générale, plusieurs facteurs peuvent influencer l'accès aux services de soins de la santé mentale, tels que l'éducation, le niveau de revenu ou encore la race. Il peut y avoir également des obstacles structurels et systémiques, notamment la langue, la culture d'appartenance, le statut socioéconomique, le niveau de revenu, le racisme et la discrimination.

Il existe des différences culturelles entre les experts en santé mentale, qui adhèrent au concept de la santé influencé culturellement par la culture biomédicale, et les personnes migrantes. Ces différences culturelles sont exacerbées par la faible utilisation de leurs services par ces derniers. Selon O'Brien et al. (2023), les professionnels de la santé mentale évoquent qu'ils se sentent incompetents quant à la prise en charge des besoins en termes de santé des populations migrantes. A leur tour, les patients issus d'une migration récente ressentent un manque de sensibilité et de flexibilité de la part des spécialistes de la santé mentale (Wohler et Dantas, 2017). En outre, d'après Claus et al. (2022), les attentes des patients à l'égard des services de santé mentale sont influencées par leur contexte culturel. Les réfugiés et les personnes en demande de protection internationale par exemple espèrent que les professionnels de santé améliorent leurs conditions de vie ou les assistent dans leurs démarches administratives.

De plus en plus d'études démontrent que les représentations culturelles du concept de la santé mentale auxquelles les personnes issues d'immigration de la santé adhèrent et particulièrement les stigmatisantes qui entravent l'accès aux services de soins de la santé mentale (Fung et Wong, 2007 cités par Levesque & Rocque, 2015 ; Satinsky et al., 2019). Les migrants, les réfugiés et les personnes en demande de protection internationale hésitent à se tourner vers les soins de santé mentale en raison d'une vision différente des causes et des interventions liées à la santé mentale (Satinsky et al., 2019).

Face à ces divergences, ils se tournent généralement vers d'autres aides psychologiques afin de relever leurs défis en matière de santé mentale : le soutien familial, la musique, la prière pour diminuer le stress, la religion et la spiritualité ainsi que des liens thérapeutiques avec des représentants religieux sont mis en avant (Satinsky et al., 2019).

Ces différents éléments nous poussent à explorer et identifier davantage les représentations culturelles de la santé mentale et le recours aux soins de santé mentale auprès de notre population, mais également les méthodes d'interventions privilégiées pour remédier à leur santé mentale. Ces questionnements seront l'objet de notre réflexion dans la partie pratique.

5 Conclusion cadre théorique

Notre partie théorique nous a permis de survoler plusieurs points importants concernant les représentations culturelles et le recours aux soins de la santé mentale auprès de migrants africains. Premièrement, nous avons vu que la santé mentale est un état de bien-être de l'individu et du bon fonctionnement d'une communauté et qui peut être impactée par des déterminants environnementaux, familiaux et individuels. Il existe différentes manières de prendre soin de sa santé mentale, qui peuvent différer en fonction des cultures. Il a ensuite été vu que la santé mentale peut être perçue et appréhendée différemment en fonction des cultures d'appartenance.

Par la suite, nous avons introduit le concept de représentations de la maladie. Face à un problème de santé, chaque personne a sa propre manière de percevoir, identifier les causes, soigner et traiter la maladie. Ces représentations peuvent être partagées au sein d'une même culture. Les cultures africaines sont des cultures sémantiques, ce qui veut dire que tout a un sens caché et une signification. Cela a pour conséquence que les personnes issues d'Afrique subsaharienne développent des représentations de la maladie en lien avec leur culture.

Après avoir intégré les concepts principaux de notre étude, nous nous sommes penchés particulièrement sur les représentations de la santé mentale des personnes issues de l'Afrique subsaharienne en soulevant les représentations de la santé mentale, les représentations des causes des problèmes en santé mentale et les représentations des interventions en santé mentale.

Les migrants africains perçoivent la santé mentale comme un état général de bien-être et la capacité à résister au stress. Cependant, dans certains cas, la santé mentale peut être perçue

négativement, dans la mesure où les personnes recourant aux soins de la santé mentale sont jugées et stigmatisées par la communauté.

Les personnes issues de l'Afrique subsaharienne considèrent que les facteurs sociaux comme les liens avec le réseau social, la société et la culture peuvent influencer négativement la santé mentale. Des facteurs psychologiques comme les comportements à risque et déviants ou encore des facteurs génétiques peuvent également altérer la santé mentale. Des facteurs surnaturels liés aux représentations culturelles comme les malédictions et le mauvais sort sont aussi considérés par une plus petite portion comme l'étiologie des troubles de la santé mentale.

La population étudiée met en avant que le soutien social, les services professionnels et les pratiques religieuses, traditionnelles et spirituelles seraient considérés comme interventions en cas de problème lié à leur santé mentale.

Ces différentes représentations culturelles de la santé mentale ont une incidence sur le recours aux soins de santé mentale. Ce point sera exploré de manière plus approfondie dans notre partie pratique.

6 Cadre empirique

Dans un premier temps, nous présenterons notre question de recherche. Dans un deuxième temps, nous présenterons notre méthodologie. Dans un troisième temps, nous présenterons notre collecte de données. Dans un quatrième temps, nous apporterons l'analyse des données.

6.1 Question de recherche

Pour rappel, notre question de recherche est la suivante : “ Comment les personnes issues de l'Afrique subsaharienne et résidant en Belgique perçoivent-elles la santé mentale et le recours aux soins de la santé mentale ?”

Les objectifs de cette étude sont de premièrement explorer les représentations culturelles favorisant et/ou freinant le recours aux soins de la santé mentale. Le second objectif cherche à examiner les différentes méthodes d'interventions plausibles en termes de santé mentale. Pour ce faire, nous avons choisi de mener une recherche qualitative de type exploratoire.

6.2 Méthodologie

La recherche de type exploratoire intervient lorsqu'une problématique a été peu étudiée ou n'a pas été explicitement définie. Elle peut être utilisée afin de générer un minimum de connaissance avant de mener de grandes études et produire des connaissances sur des thématiques encore inconnues. « La recherche exploratoire viserait alors à combler un vide, pour reprendre les termes de Van der Maren (1995) » (cités par Trudel, 2007).

6.3 Collecte des données

6.3.1 Choix de l'échantillon

Nous avons constitué notre échantillon en nous basant sur quelques critères de sélection.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Être originaire d'un pays de l'Afrique subsaharienne (de naissance, de nationalité, personne en demande de protection internationale et personnes en demande de protection internationale)
- Avoir plus de 18 ans et vivre physiquement en Belgique
- Être capable de communiquer en français de manière autonome (sans traducteur ou interprète).

Les critères d'exclusion retenus sont les suivants :

- Ne pas être originaire d'un pays de l'Afrique subsaharienne
- Être moins âgés de 18 ans et ne pas vivre physiquement en Belgique
- Communiquer dans une autre langue autre que le français

6.3.2 Processus de recrutement

Les participants à l'étude ont été recrutés en utilisant des méthodes tels que le "*gatekeeper*", faisant référence à notre promotrice et la boule de neige. En effet, notre promotrice de recherche a diffusé l'information de recrutement au sein de son association sans but lucratif, à ses collaborateurs externes et directement à la population fréquentant l'organisme et susceptible d'être intéressée. Nous avons également sollicité les participants à partager l'information autour d'eux. Nous avons également diffusé l'information sur les réseaux sociaux.

Après cette démarche, quelques personnes nous ont contactés. Dès cette prise de contact, nous nous sommes assurés d'expliquer de vive voix les objectifs de l'étude et de répondre aux éventuels questionnements. Puis s'en est suivi la prise de rendez-vous afin d'effectuer les entretiens.

Le guide d'entretien semi-structuré était composé de 10 questions.

6.3.3 Récolte des données

Bien qu'il existe plusieurs méthodes pour étudier les représentations, nous avons opté pour l'entretien semi-directif. Plusieurs auteurs recommandent fortement de privilégier des approches pluri méthodologiques à la fois quantitatives et qualitatives comme la combinaison d'entretiens et de questionnaires (Grenon, Larose, Carignan, 2013). Cependant, étant donné que nous avons peu de connaissances sur les représentations des personnes issues de l'Afrique subsaharienne et particulièrement sur leur recours aux soins en santé mentale, nous avons choisi de nous restreindre à une seule approche, celle des entretiens semi-directifs.

Les entretiens individuels ont été menés avec les individus qui ont accepté de prendre part à l'étude. La plupart des entretiens ont eu lieu dans un local de l'organisme dans lequel travaille notre promotrice de recherche. Cela facilitait la planification des entretiens avec les personnes fréquentant l'institution. Deux entretiens ont eu lieu dans un espace de coworking et un entretien a eu lieu dans le domicile d'un participant. Dans ces lieux, il y a toujours eu une table nous séparant du participant et nous étions l'un en face de l'autre. Le téléphone servant de minuteur et d'enregistreur était disposé sur la table ainsi qu'un ordinateur portable pour prendre note des informations socio-démographiques au début des entretiens. En moyenne, les entrevues ont duré 45 minutes. Les participants étaient consentants pour que les entretiens soient enregistrés.

6.3.4 Considération éthique

Il n'a pas été nécessaire de soumettre le questionnaire à la commission d'éthique. Notre projet de recherche n'est pas considéré comme une expérimentation sur la personne humaine et ne tombe pas sous la loi du 7 mai 2004. Il est considéré comme une enquête sociologique exploratoire. Cela dit, nous avons veillé au respect de la confidentialité des données recueillies conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Nous avons veillé à obtenir le consentement, à préserver la vie privée et la confidentialité des participants. Tout au long de la démarche, nous avons exposé les objectifs et les attentes de la recherche et enfin, les conditions de confidentialité. Avant de débiter l'entretien, nous nous sommes assurés que toutes les informations étaient claires. Nous avons enfin obtenu l'approbation pour enregistrer les entretiens.

6.3.5 Caractéristiques des participants

Variables	Hommes	Femmes
Âges 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39	3	1 2 1
Expérience migratoire Aucune 1-4 ans 5 ans et plus	1 2	2 1 1
Pays d'Afrique Subsaharienne République démocratique du Congo République du Congo Djibouti Îles Comores Guinée Rwanda	2 1 1	1 1 1
Niveau d'études Aucune Études secondaires Études supérieures de type courte Études universitaires	1 1 1	2 2
Total N= 7		

6.3.6 Analyse des données

Nous avons choisi d'effectuer une étude thématique. D'après Braun et Clarke (2012, cité par Bryne, 2021), la réflexion thématique est une approche qui facilite l'interprétation et la compréhension de données qualitatives. Elle offre la possibilité de repérer et d'étudier des modèles ou des thèmes dans un ensemble de données spécifique. Notre analyse des données s'est faite en plusieurs étapes selon le processus d'analyse proposé par Braun et Clarke (2012, 2013, 2014, 2020, cités par Bryne, 2021) :

Tout d'abord, nous avons débuté en nous familiarisant avec notre matériau. Cette étape a demandé la retranscription complète de nos entretiens et l'écoute répétitive de ces derniers afin de repérer les informations liées à notre question de recherche.

Après la phase de familiarisation, nous avons générer les codes principaux qui nous serviront à élaborer nos thèmes. Pour ce faire, nous avons mis en évidence, dans le matériau, les éléments significatifs, descriptifs et/ou interprétatifs mentionnés par les participants, en lien avec notre question de recherche et nos objectifs. Nous avons émis des codes brefs mais assez complets pour nous permettre de développer des thèmes. Etant donné qu'il s'agit d'une approche principalement inductive, les données ont été codées de manière ouverte.

Pour la troisième phase, nous avons générer les thèmes. Dans cette phase, nous avons repris les différents codes pertinents et avons prêté particulièrement attention aux récurrences et aux regroupements. Nous avons assemblé les éléments du spécifique au plus général. Nous avons retenu les thèmes qui abordent la définition de la santé mentale, les causes et les interventions possibles associés à la santé mentale, les aspects culturels liés à la santé mentale et le recours aux soins de la santé mentale, le tout en considérant les sous thèmes émergents.

Pour la quatrième phase, nous avons révisé nos thèmes en parallèle aux données codées, dans l'objectif de s'assurer que les thèmes regroupent bien les éléments les plus pertinents en cohésion avec notre question de recherche et les objectifs.

La cinquième phase, a consisté à répartir les thèmes de façon logique, tout en mettant en évidence les verbatims cohérents avec les informations amenées.

Enfin, durant la sixième phase, nous avons révisé systématiquement l'ensemble de notre analyse. Nous avons changé l'appellation de certains thèmes et sous-thèmes, surtout après la relecture de nos promotrices.

C'est dans ce contexte, que nous introduisons le point suivant qui nous permet d'explorer les différents résultats obtenus au travers des entretiens.

7 Résultats

7.1 Expériences en lien avec la santé mentale

Une des premières questions posées concernait l'expérience des participants en lien avec la santé mentale. Une des questions posées était de savoir comment et de quelles manières ils avaient entendu parler de la santé mentale et dans quelle mesure leur perception de celle-ci a évolué dans le temps.

Les participants ont entendu parler de la santé mentale au travers de plusieurs circonstances : lors d'une activité culturelle, lors d'animations reçues dans le cadre scolaire, grâce à des recherches personnelles ou encore après avoir été en relation avec des personnes ayant des troubles de la santé mentale.

La plupart des participants ont exprimé avoir participé à des animations préventives sur la santé mentale données dans le cadre scolaire, académique ou dans le cadre professionnel. En effet, plusieurs participants ont relaté avoir eu une image assez stéréotypée de la santé mentale et des spécialistes en santé mentale. Cependant, leur perception a changé après s'être davantage intéressés au sujet. Ils lient ce changement de perception à la prise de maturité et à l'intérêt sur plusieurs sujets, dont la santé mentale.

Quelques participants ont entendu parler de la santé mentale après avoir immigré en Belgique. Un participant, ayant immigré depuis 2 ans en Belgique, a entendu parler de la santé mentale lors d'un concert au cours duquel l'artiste recommandait à son public de prendre soin de sa santé mentale. Cela l'a poussé à effectuer des recherches personnelles par la suite. Ces recherches ont été une source de révélation pour lui. Dans sa vie personnelle, il avait été confronté à des situations difficiles qui l'ont mis dans un état dépressif. Quand il le vivait, il n'était pas en mesure de nommer ce qu'il ressentait et vivait.

« Après, je ne sais pas, parce que je n'ai jamais été voir un psy pour poser un diagnostic. Du coup, je ne peux pas dire que j'ai été confronté à la dépression. Je sais qu'il y a plusieurs périodes dans ma vie où je me suis senti déprimé... » (Entretien A)

Une autre participante a également entendu parler de la santé mentale en arrivant en Belgique, il y a 5 ans. Elle a vécu dans un centre d'hébergement pour personne en demande de protection internationale, dans lequel on lui avait proposé de rencontrer des professionnels de santé mentale travaillant dans ce même lieu. Elle n'en comprenait pas les enjeux et présumait que seules les personnes catégorisées de « folles » consultaient un psychologue. Ayant grandi dans un

environnement au sein duquel exprimer ses émotions signifiait se montrer vulnérable et faible, elle n'a pas pu franchir le pas d'aller consulter, bien que le besoin le justifiait. Sa perception a tout de même changé, en ce sens qu'elle est à présent consciente de l'importance de la santé mentale.

Plusieurs participants ont partagé avoir fréquenté des personnes de leur entourage ou du milieu professionnel ayant eu des troubles ou des défis liés à leur santé mentale qui, pour leur part, se sont tournés vers les professionnels de soins de la santé mentale. Quelques candidats ont partagé avoir des membres de leur famille vivant avec un trouble de la santé mentale. Néanmoins, ces derniers ont procédé soit en stigmatisant la personne souffrante, soit en se tournant vers des pratiques religieuses et spirituelles. Une des participantes a expliqué que ses parents avaient vécu le génocide rwandais et qu'elle pouvait observer la manifestation de certains comportements liés à leurs traumatismes. Lorsqu'il lui a été demandé ce que leurs parents avaient pu mettre en place pour surmonter ces traumatismes, celle-ci a partagé que ces derniers s'étaient réfugiés dans la prière et dans le soutien de la communauté.

« Tu vois, on leur faisait des prières, des traitements, on va dire, artisanaux, à base de feuilles, de plantes, pour éliminer le mauvais esprit ou quoi. Mais il n'y avait pas d'histoire de consultation, d'aller voir un médecin ou d'aller voir un psy. Je ne sais même pas s'il y a des psys aux Comores. » (Entretien A)

Parmi toutes les personnes interviewées, seul un participant a mentionné avoir consulté un psychologue dans le passé. Son expérience a été négative dans le sens où le professionnel rencontré avait un manque de savoir-faire, qu'il a appelé culturel ce qui a, dit-il, occasionné un manque de confiance. La relation thérapeutique a été brisée et le participant n'a plus souhaité poursuivre ses séances. Il a confié chercher un psychologue ayant la même identité culturelle et raciale que lui, afin d'éviter la confrontation, dit-il, à des discours discriminants ou des jugements négatifs.

De manière générale, tous les participants sont d'accord pour dire que la santé mentale n'est pas à négliger et qu'il ne faudrait pas hésiter à consulter. Cela dit, malgré cette prise de position, plusieurs n'utilisent pas les services de santé mentale dû à différents facteurs, dont l'assimilation à des représentations culturelles que nous avons exploré lors de nos entretiens.

« Mais si un jour ça devait arriver que je me retrouve vraiment dans une situation où ma santé mentale est mise à rude épreuve, je crois que... Enfin, je crois... Je saurais comment m'adapter en fonction de la situation. Et au cas où j'y arrive pas, je saurai demander de l'aide. Je n'aurai pas honte de demander de l'aide » (Entretien B)

Après avoir étudié leur expérience en lien avec la santé mentale, nous nous sommes centrés sur la manière dont cette population définissait la santé mentale.

7.2 Définitions de la santé mentale

La plupart des participants ont partagé avoir certaine connaissance concernant les questions de santé mentale. Plusieurs définitions de la santé mentale sont ressorties.

Parmi les personnes interrogées, certaines ont indiqué que la santé mentale concernait l'état psychologique d'une personne et sa capacité à faire face aux problèmes de la vie. La santé mentale fait aussi référence au bien-être. Certaines circonstances peuvent freiner le bien-être comme la perte d'un être cher, une charge mentale importante ou encore échouer à l'école.

« Pour moi, la santé mentale, c'est le fait de se sentir bien psychologiquement et du coup, d'être à l'aise dans son environnement, pouvoir interagir avec les gens avec qui on vit. Mais de ne pas avoir d'obstacles mentaux qui font qu'on a des difficultés dans certaines disciplines. » (Entretien B)

Plusieurs assimilent la santé mentale à un diagnostic officiel tels que la dépression, les troubles bipolaires et alimentaires ou encore la schizophrénie parmi les cités.

« Je liais plus la santé mentale au mot dépression parce que, pour moi (...) c'est le truc auquel tu penses directement quand tu penses à soigner sa santé mentale ou prendre soin de sa santé mentale. » (Entretien A)

La majorité s'accorde en liant la santé mentale aux émotions comme le sentiment de solitude, l'anxiété, le trop plein d'émotions ou encore un manque d'estime de soi.

Certains associent la santé physique à la santé mentale. Ils précisent que la santé mentale est aussi importante que la santé physique et encouragent à croire que traiter sa santé physique et mentale est similaire.

« Pour moi, la santé mentale, c'est comme la santé physique, c'est la santé de l'âme (...) C'est comme aller voir un docteur. Quand on y va, ça peut apporter des remèdes. Après, ça peut être des médicaments, comme on entend d'habitude. Ou peut-être juste des conseils, ça peut aider. » (Entretien G)

7.3 Représentations des causes de la santé mentale

Après la définition de la santé mentale, nous avons questionné les participants sur les causes favorisant le développement des problèmes liés à la santé mentale. Nous avons catégorisé les informations récoltées en trois sous-thèmes : les facteurs individuels, les facteurs sociaux et les aspects spirituels, religieux et traditionnels.

7.3.1 Facteurs individuels

Au niveau des facteurs individuels, il a été retenu que la surcharge émotionnelle, l'inhibition et la somatisation émotionnelle ou encore des personnalités prédisposées à développer des troubles sont perçues comme des causes.

« (...) Je pense que c'est un trop plein de pression ; c'est à un moment donné, en fait, on emmagasine tellement de choses, et justement, on n'en parle pas, et du coup, on ne les solutionne pas à temps, et il arrive un moment donné, en fait, on est juste dépassé, débordé, et en fait, on est à bout d'énergie. » (Entretien A)

Une petite portion des interviewés ont mis en évidence que des troubles naissent de certaines anomalies génétiques ou même dues à des accidents.

Quelques participants ont relaté qu'on adopte certains comportements nuisibles à sa santé mentale en fonction des stades de la vie marquants comme celui de l'adolescence. Cette période peut être accompagnée de plusieurs nouveaux défis, notamment des comportements déviants, des troubles alimentaires, le rejet des parents et l'attachement aux pairs, la surexposition aux écrans et l'addiction aux réseaux sociaux.

« Je pense que ça joue beaucoup, (...) les jeunes gens, les ados, ils sont facilement dépressifs, ils sont facilement manipulables, facilement influençables. Il faudrait peut-être que les parents aient un rôle plus important à jouer à ce niveau-là, au niveau de tout ce qui est réseau, tout ce qui est film, etc. » (Entretien B)

7.3.2 Facteurs sociaux

Quelques facteurs sociaux ont pu être identifiés durant les entretiens. Plusieurs participants considèrent l'environnement social et le milieu de vie comme un facteur favorisant l'apparition de troubles ou qui altère la santé mentale. Le fait d'être isolé ou de manquer de réseau social dans son environnement proche, peut être perçu comme un facteur essentiel dans l'émergence de troubles. Par ailleurs, un manque de soutien, d'actes démontrant de l'attachement et de l'affection dans les relations avec le réseau social, peut être un élément à prendre en compte. Plusieurs ont partagé des récits liés à leurs familles, à leurs amis et collègues de travail, ainsi qu'aux membres de la communauté.

« C'était vraiment l'adolescence, la période en fait où ça n'allait pas (...) la communication n'allait pas,..., parce que même mon père, c'est quelqu'un qui a vraiment du mal à exprimer ses émotions. Il se sent vite attaqué, du coup, il va répondre. Mais maintenant, j'arrive à prendre du recul et à me dire "bon, il est comme ça, c'est la vie." » (Entretien, E)

Certains participants ont soulevé que la société joue également un rôle positif ou négatif sur notre santé mentale dans le sens qu'elle peut être source de stress à cause des idées véhiculées.

Quelques participants ont exprimé que vivre des événements marquants et traumatisants tels qu'un génocide, la perte d'un être cher ou encore un parcours migratoire difficile associé à une intégration compliquée peut également altérer notre santé mentale.

« Je pense que pour moi, en tout cas, déjà, venir dans un pays étranger, c'est-à-dire parler plus le français, parce qu'à Djibouti, on ne parle pas le français dans la vie de tous les jours. (...) je me disais : "Même si tu sors tu ne seras pas vraiment inclus ; tu ne seras pas vraiment dans ce groupe-là parce que tu n'es pas comme eux". Donc, à chaque fois, j'avais ce manque de confiance qui diminuait. » (Entretien C)

7.3.3 Aspects spirituels et religieux

Plusieurs individus associent l'émergence de problèmes de santé mentale à des facteurs spirituels tels que le djinn, le mauvais œil ou un mauvais sort. Néanmoins, ces derniers mentionnent d'autres causes que l'on retrouve dans le secteur scientifique. Ils soulignent qu'ils trouvent une explication des causes à l'émergence des troubles de la santé mentale dans les deux secteurs, qui sont complémentaires à leurs yeux.

« Du coup, je crois au mauvais œil ; comme je me dis qu'à partir du moment où je ne peux pas savoir, en fait, je fais les deux. Je fais mes prières, mais en même temps, j'essaie de faire les causes, on va dire, humainement possibles, pour sortir de ça. Par exemple, le psy, ça existe. Je fais mes prières et je prie pour que ma consultation au psy me permette de trouver la solution de mon problème. Pour moi, c'est un entre-deux. » (Entretien A)

7.4 Représentations des interventions

Après la représentation des causes de la santé mentale, nous nous sommes concentrés sur la perception des interventions ou des méthodes à préconiser pour la santé mentale. Les interventions citées par les participants sont répertoriées comme ceci : soutien social ; mécanismes d'adaptation ; aspects religieux, traditionnels et spirituels ; recours aux soins de santé mentale.

7.4.1 Soutien social

La majorité des participants ont partagé se tourner en premier vers leur proche (le conjoint, les parents et les amis) lorsque leur santé mentale est mise à mal.

Un des participants a partagé qu'en cas de difficulté, il se tournerait sans hésitation vers son père, qui exerce la fonction de pasteur. Celui-ci tient un rôle de soutien en santé mentale de manière générale au sein de la communauté.

« Enfin, mon père, parce qu'il a toujours été le bon conseil. Même ma mère. Mon père, comme il est pasteur, je ne sais pas s'il s'en fout, mais il est beaucoup confronté à des situations où il doit souvent intervenir dans le foyer des gens, dans la vie des gens, donc je sais qu'il sera le bon conseil. Donc je me tournerai vers lui, premièrement. » (Entretien B)

Néanmoins, on peut constater que plusieurs ont admis ne pas trouver une totale satisfaction auprès de la famille, des proches et de la communauté de manière générale. Ceux-ci peuvent être la source même des troubles ou craignent d'être jugés et de se montrer vulnérables. Dans ce cas de figure, certains expriment qu'ils se tourneraient vers un professionnel de la santé mentale, un représentant religieux et certains comptent sur eux-mêmes à l'aide de stratégies de gestion émotionnelle développées.

7.4.2 Mécanismes d'adaptation

Plusieurs participants ont partagé que lorsque le soutien social échoue ou est absent, ceux-ci préfèrent se tourner vers leur propre personne et développent des mécanismes d'adaptation comme la rationalisation et des stratégies de gestion des émotions comme l'autonomie émotionnelle et la régulation émotionnelle.

Une des participantes, provenant de Djibouti, a indiqué que dans sa culture, il ne lui était pas permis de se montrer vulnérable ni face aux autres et ni envers elle-même. C'est ainsi qu'elle a développé des stratégies pour réguler ses émotions.

« J'ai l'impression que j'ai toujours été mon propre psychologue. C'est toujours moi, je m'écoute, mais c'est difficile aussi parce que tu ne peux pas être vulnérable avec toi-même aussi. Parce qu'il y a l'autre côté qui me dit « reste fort ». (Entretien C)

Un autre participant a mentionné avoir l'habitude de beaucoup relativiser et de savoir comment réagir en fonction des circonstances.

« Mais je suis beaucoup dans le contrôle. J'ai un sens où je sais comment réagir en fonction de la situation qui se présente devant moi. Je ne vais pas, par exemple, m'affoler pour un truc dans lequel je sais qu'il faut que je reste calme. » (Entretien B)

Comme observé dans les représentations des causes de la santé mentale, certains participants ont exprimé recourir à des pratiques religieuses, spirituelles pour soulager leur santé mentale.

7.4.3 Aspects religieux, spirituels et traditionnels

La majorité des participants ont cité avoir besoin du soutien d'une communauté ou d'un représentant religieux ; et de recourir à des pratiques religieuses et spirituelles afin de traiter des problèmes liés à la santé mentale.

Le soutien d'une communauté religieuse a été mis en évidence. Plusieurs n'ont pas hésité à parler de leur foi et du fait qu'ils fréquentaient régulièrement les lieux de cultes comme l'église et la mosquée. Une participante concernée a partagé qu'elle suivait des vidéos de motivation diffusées par un représentant religieux, qui s'inspire du Coran.

« Des imams, ou des personnes qui parlent de la dépression, mais qui t'expliquent que c'est en lisant le Coran que tu peux juste t'en remettre, et tout. Donc, je mettais tout ça sur mon côté spirituel, et ça a aidé beaucoup. » (Entretien B)

Certaines pratiques religieuses et spirituelles ont été évoquées, notamment la prière, la lecture approfondie des livres sacrés, des séances de délivrances et d'exorcisme.

7.4.4 Recours aux soins de la santé mentale

Tous les participants considèrent l'utilisation de soins comme moyen en cas de troubles de santé mentale.

« Pour moi, le rôle d'un psy, c'est d'aider ses patients à l'aide des outils dont il dispose. L'aide, elle peut prendre plusieurs formes parce qu'il y a des gens, ils ont peut-être juste besoin de parler, de se décharger. D'autres personnes qui ont besoin peut-être d'être rassurées, d'autres qui ont besoin d'avoir un aspect beaucoup plus théorique. » (Entretien B)

Il est important de souligner que chaque participant s'étant exprimé sur ce point, a mentionné d'autres méthodes pour faire face à des situations stressantes et compromettant sa santé mentale. Ils considèrent qu'il est possible de lier la religion et le spirituel à la santé mentale.

Nous avons interrogé nos participants sur les éléments susceptibles de les inciter ou les freiner à consulter un professionnel de la santé mentale. Plusieurs facteurs ont été identifiés lors des échanges, que nous avons regroupés de la manière suivante : des facteurs communautaires, des facteurs environnementaux et des facteurs institutionnels et structurels. Ces thèmes regroupent plusieurs sous-thèmes que nous présenterons.

7.5 Facteurs communautaires

Au niveau des facteurs communautaires, selon les participants, ils sont exposés au jugement de la communauté lors de l'expression individuelle de la souffrance ainsi qu'à une valorisation du fonctionnement communautaire.

7.5.1 Jugement de la communauté

Les récits de certains participants ont mis en lumière qu'il était difficile de s'adresser à un

professionnel de la santé mentale en raison d'un conflit entre recourir à un professionnel de la santé mentale ou suivre ce qui est prodigué au sein de la culture. En effet, en plus des troubles apparents de la santé mentale, lorsque l'individu exprime une souffrance psychique, ce dernier peut se sentir jugé par la communauté. D'après les personnes interviewées, la communauté lie l'apparition de troubles de la santé mentale à une baisse de foi. Les causes qui ont provoqués une santé mentale moins positive sont donc internes. La personne est responsable de son propre bien-être psychologique et pour cela, elle doit persévérer dans sa foi. Quelques participants ont expliqué que lorsqu'ils se confiaient à leurs proches, ces derniers les invitaient à davantage recourir à la prière.

Plusieurs participants ont mentionné la dépression comme exemple. Selon eux et d'après le regard de la communauté, la dépression serait liée à un dysfonctionnement individuel et une baisse de foi de l'individu.

« Mais les gens ne s'en rendent juste pas compte et on met toujours ça sous le compte qu'elle n'est pas assez croyante, qu'elle n'a pas assez foi en Dieu. C'est pour ça que tu vas mal. » (Entretien C)

Outre la foi, quelques répondants ont expliqué qu'exprimer ses émotions serait la manifestation d'une non-reconnaissance envers ses proches. Le fait de répondre à ses besoins primaires de base, comme le fait de se nourrir, se vêtir, se loger ne permettent pas à la personne d'exprimer sa souffrance. L'expression de la souffrance psychologique peut être mal réceptionnée ou encore incompris par les membres de la communauté. Une des répondantes a mentionné qu'elle rencontrait des problèmes émotionnelles durant son adolescence. Lorsqu'elle en a discuté avec son père, celui-ci lui affirmait qu'elle n'avait pas le droit de se plaindre car elle possédait suffisamment de biens matériels lui permettant de mener une vie convenable.

« Parce que si tu te remets à Dieu, tu devrais te rendre compte que tu as ça qui va bien, ça qui va bien. Donc, tu n'as pas de raison. Tu as une famille, tu as un toit, tu as un manger, et c'est assez. » (Entretien E)

7.5.2 Valorisation du fonctionnement communautaire

Une participante, d'origine rwandaise, a évoqué que sa communauté avait ses propres méthodes pour faire face aux problèmes individuels ou familiaux. Selon ses dires, la communauté

rwandaise aurait tendance à garder les situations vécues entre eux et à éviter que le bruit ne se propage en dehors du cercle familial.

*« Dans la culture rwandaise, ...s'il y a un souci, ça doit rester entre nous, on ne doit pas en parler. Donc, il faut vraiment, que ce soit un souci personnel, ou un souci familial, tu ne vas pas raconter tes histoires à tout le monde, il faut faire bonne figure, qu'on nous voit comme des bonnes personnes, des personnes bien, donc si maintenant tu veux raconter à quelqu'un, oui, ça ne va pas, et que ces personnes racontent à d'autres gens, on va mal te regarder, on va parler sur ton dos... »
(Entretien F)*

Dans la communauté, exprimer sa douleur mentale serait synonyme de vulnérabilité et de faiblesse. Une participante, Djiboutienne, a raconté que dès leur plus jeune âge, on leur enseigne qu'ils sont un peuple puissant et courageux. Cette mentalité, ancrée jusqu'à présent, freine l'expression de ses émotions.

« C'est la culture. C'est surtout mon origine aussi. On est des gens... Tu vois, dès le jeune âge, on nous répète qu'on est des gens braves, on est des gens qui font la guerre, qui sont forts. Moi, j'ai toujours gardé ça en fait. Donc je m'interdis de me montrer vulnérable. Pour certaines personnes. Enfin, même pas certaines personnes, la plupart des gens, je ne me montre jamais vulnérables » (Entretien C)

La valorisation du fonctionnement communautaire se traduit également par les normes ancrées au sein de la communauté qui ont été transmises au travers de l'éducation et du milieu de vie.

7.6 Facteurs éducatifs

Les facteurs éducatifs identifiés font référence à une faible sensibilisation à la santé mentale dans l'éducation.

Plusieurs participants, conscients de l'importance de s'ouvrir dans le cadre de l'utilisation des services de soins de la santé mentale, ont reconnu rencontrer des difficultés à réaliser cet exercice.

« Il y a l'éducation aussi c'est l'éducation qui fait que je sais pas de moi-même je me dis je vais pas aller me confier je pense que c'est l'éducation que j'ai reçue qui fait que j'ai du mal à me confier. » (Entretien D)

En examinant la dynamique familiale des participants, nombreux ont évoqué que leurs parents ne

les avaient jamais conscientisés sur la santé mentale. A ce sujet, une participante, originaire de la République Démocratique du Congo, a noté que depuis son enfance sa mère partageait rarement ses émotions, ce qui a entraîné qu'elle éprouve, à son tour, des difficultés à exprimer certains ressentis émotionnels.

« Et par rapport à la santé mentale aussi. Et là, tu te rends compte que nos mamans ont beaucoup caché des choses, beaucoup de contenu, des choses. Et puis, au final, est-ce que c'est bien, c'est pas bien?... Je pense que s'il y avait eu un avant par rapport à la santé mentale, ça aurait pu nous aider. Maintenant. Je ne dis pas que tout le monde est obligé d'aller voir un psy, mais je dis que ce serait plus naturel d'aller voir un psy. » (Entretien D)

Selon cette même participante, même si elle n'a pas reçu un apprentissage au partage de ses émotions, sa mère lui a inculqué d'autres valeurs comme le chemin de la foi chrétienne. Cet héritage transmis grâce à son éducation est maintenant solidement ancré. Elle a évoqué que lorsqu'elle vivait des moments stressants ou une perte de confiance en soi, elle se confiait à Dieu et s'adonnait à la prière.

« Mais après, nos mamans, je pense, elles nous ont plus montré la voie de Dieu, quand ça ne va pas, etc. Du coup, je pense que c'est vraiment ancré. Elles ne nous parlaient pas beaucoup de tout ce qui est santé mentale, même tout ce qui est intime, tout ce qui est... Elles ne nous parlaient pas beaucoup. Du coup, des fois, on a dû découvrir par nous-mêmes certaines choses. » (Entretien D)

7.7 Attentes concernant la relation thérapeutique

Nous avons observé auprès de la plupart des participants, le besoin de s'identifier au professionnel de santé rencontré et de la compréhension de ce dernier, de manière que cela participe à l'établissement de la relation thérapeutique.

7.7.1 Besoin de compréhension

Les attentes concernant la relation thérapeutique impliquent la compréhension des réalités de vie du patient.

En effet, pour certains, il est important que le spécialiste rencontré soit en mesure de comprendre les défis liés à la culture d'appartenance mais aussi les défis telles que le racisme et les discriminations raciales auxquelles ils sont exposés.

« C'est important de le souligner...j'ai été chez mon médecin généraliste, qui m'a donné une liste de psychologues, et j'ai cherché pour avoir un psy, ou une psy, noire. Parce que je me suis dit, la personne pourra plus comprendre ma situation, puis il y a certains sujets que je risque d'aborder, et que j'ai pas envie d'expliquer particulièrement, des trucs peut-être par rapport à du racisme, ou à quelque chose comme ça». (Entretien F)

Plusieurs ont mis évidence que la compréhension de leurs états psychologiques implique des compétences du professionnel de la santé mentale comme le non-jugement, l'écoute active, l'empathie et la connaissance des enjeux culturels.

« Déjà, vraiment, le non-jugement, c'est important. Être à l'écoute. Et... J'ai toujours dit ça, mais j'ai l'impression que le psychologue avec qui je transmets tout ça, c'est-à-dire que je commence à raconter mon histoire, il doit aussi s'identifier un petit peu à ce que je suis en train de dire... Il doit s'identifier, il doit savoir de quoi je parle justement pour qu'on puisse avoir un petit lien de confiance qui va se créer. (Entretien E)

7.7.2 Besoin d'identification

Quelques répondants ont souligné la nécessité que le spécialiste de la santé mentale soit de la même origine ethnique qu'eux. Selon eux, cela indiquerait que ce dernier aurait davantage de chance de les comprendre mais aussi de s'identifier. La personne rencontrée représenterait un membre de la communauté et comprendrait ainsi davantage la culture.

« Peut-être un homme noir, parce qu'il connaît tout ce qui est notre culture et tout... » (Entretien D)

Certains participants ont également mis en évidence la pertinence que le professionnel de soins partage les mêmes convictions religieuses. Ce partage permettrait au professionnel de prodiguer des conseils et des orientations en lien avec leurs convictions religieuses.

« ... quelqu'un qui n'est pas musulman...qui n'a aucune connaissance...de l'islam elle arrivera moins à comprendre et à identifier le problème parce qu'elle aura jamais vécu alors que tout musulman a déjà vécu une baisse de foi. » (Entretien E)

7.8 Aspects culturels

Nous avons considéré important d'aborder ce point et d'étudier la manière dont est perçue la santé mentale dans leur culture en fonction de leur expérience. D'après les récits des participants, en Afrique subsaharienne il existe : d'autres appellations de la santé mentale, une stigmatisation face aux troubles de la santé mentale, une priorisation des besoins primaires et également un manque d'infrastructures et de professionnels de la santé mentale.

7.8.1 Différentes appellations de la santé mentale

Une des premières questions était d'identifier la manière dont étaient nommées les personnes souffrantes de troubles de santé mentale. D'après les participants, les personnes souffrantes sont considérées et nommées comme folles, malades, sorcières et parfois victimes du mauvais œil ou d'un mauvais sort.

« Le mot dépression, on ne le connaît pas...Si on le connaît, ils ne vont pas forcément donner plus d'attention. C'est-à-dire... C'est en dépression, ben, lui, il comprend, il fait des prières, fait ça, c'est juste le diable qui t'emmène loin. Des fois, il revient...ils n'écoutent pas plus que ça la personne qui dit justement qu'il aura besoin. Ça, c'est une erreur, évidemment, mais c'est la culture. » (Entretien C)

Selon les répondants, plusieurs pratiques sont exercées afin de traiter le souffrant : la prière, les séances d'exorcisme et de délivrances ont été citées. Ils se tournent davantage vers des médecines traditionnelles ou vers la religion et la spiritualité pour remédier à leurs problèmes en lien avec leur santé mentale ou à la recherche de leur bien-être.

« On leur faisait des prières, des traitements, on va dire, artisanaux, à base de feuilles, de plantes, pour éliminer le mauvais esprit ou quoi. Mais il n'y avait pas d'histoire de consultation, aller voir un médecin ou aller voir un psy. » (Entretien A)

7.8.2 Stigmatisation

Certains participants ont partagé que les personnes souffrantes étaient pour la plupart des cas isolées, rejetées et infantilisées par les membres de la communauté.

« J'avais une tante...C'était une tante aux Comores. Je trouvais qu'elle était très isolée, parce qu'au Comores, chez mon papa, ils vivaient dans une maison familiale. Et il disait qu'elle était malade. Il ne disait pas fous ou folles, il disait qu'elle était malade. Mais en fait, elle était isolée. On a eu envie de lui parler, mais en fait, on la traitait un peu comme un enfant. » (Entretien A)

7.8.3 Priorisation des besoins

Quelques participants ont spécifié que si la santé mentale ne semble pas être une priorité dans les pays d'Afrique subsaharienne, cela peut être dû au fait que les besoins fondamentaux ne sont pas pleinement satisfaits. La majorité des personnes ont expliqué qu'une grande partie de la population est confrontée à des facteurs de survie, freinant ainsi les réflexions liées à la santé mentale.

« Alors, je pense que comme partout en Afrique subsaharienne...Les gens, ils n'ont pas à réfléchir s'ils sont déprimés parce qu'ils se sentent mal. Enfin, il y a déjà la partie financière, il faut penser à manger, à s'occuper des enfants, à la santé, à l'éducation. Il y a tellement de problèmes que je comprends totalement que ce n'est pas une priorité » (Entretien F)

Selon un participant de la République Démocratique du Congo, les Congolais auraient développé d'autres solutions pour faire face aux situations stressantes et menaçantes de la vie. Il a notamment évoqué le fait que l'occasion de célébrer, de consommer des boissons alcoolisées et de se retrouver en communauté autour de la musique serait une option pour oublier pendant un instant les situations difficiles.

7.8.4 Manque de ressources

Selon les interviewés, la situation conjoncturelle des pays d'Afrique subsaharienne, révèle qu'il existe peu d'infrastructures proposant des services en santé mentale. Un manque de sensibilisation à la santé mentale dans différents domaines a été également souligné. Deux des participants ayant respectivement grandi aux Comores et en République Démocratique du Congo ont exprimé leur méconnaissance quant à l'existence de psychologues dans leurs pays ou à la fréquentation des psychologues par les habitants. Selon eux, la population recourait plus vers les secteurs religieux et traditionnels. Les représentants religieux occuperaient même un rôle de psychologue.

*« Comme tu as dit, là, avec les pasteurs aussi, c'est vrai que beaucoup, ils ont plusieurs casquettes, c'est des pasteurs, c'est des psys, c'est des entrepreneurs ... »
(Entretien G)*

8 Discussions

8.1 Synthèse des résultats

De manière générale, les interviewés ont entendu parler de la santé mentale au travers de plusieurs biais comme dans le cadre scolaire et académique, en côtoyant des personnes ayant des troubles de la santé mentale et en résidant dans un centre d'accueil pour personnes en demande de protection internationale. Quelques participants n'avaient jamais entendu parler de la santé mentale avant leur immigration en Belgique.

Au niveau de leur utilisation des soins de la santé mentale, un seul participant a consulté un psychologue. La majorité des participants considèrent la santé mentale comme primordiale mais ne ressentent pas le besoin de se tourner vers les professionnels de la santé mentale lorsqu'ils sont confrontés à un problème compromettant leur santé mentale.

La santé mentale est définie par les participants comme la capacité à faire face aux difficultés stressantes de la vie. Elle concerne également le bien-être d'une personne qui peut être altéré et provoquer certaines émotions dues à des événements difficiles. Pour certains, la santé mentale fait aussi référence à des maladies mentales diagnostiquées par un spécialiste comme la schizophrénie, des troubles bipolaires et autres. Une petite portion considère la santé mentale comme la santé physique en indiquant que les traitements sont similaires. La majorité des participants sont conscients des préjugés associés à la santé mentale et à l'utilisation des services de soins.

Selon les participants, les causes liées à la santé mentale tournent autour de facteurs individuels, sociaux et des aspects spirituels, religieux et traditionnels.

Au niveau individuel, certaines personnalités sont plus prédisposées à développer des troubles de la santé mentale. La surcharge émotionnelle, l'inhibition et la somatisation émotionnelle favorisent également le processus. D'autres ont également exprimé que l'adolescence est un stade de la vie accompagné aux enjeux importants pour la santé mentale.

Au niveau social, plusieurs ont partagé que l'environnement social et le milieu de vie peuvent altérer la santé mentale. En effet, la société peut être considérée comme source de stress. Les interactions avec le réseau social composé de la famille, des proches et la communauté ou l'absence d'interactions ou de réseau social peut affecter la santé mentale. Quelques participants ont ajouté également que l'expérience d'événements marquants et traumatisants peut causer l'émergence de troubles psychologiques. Une petite partie des participants ont relevé certains aspects spirituels comme pouvant être la source de problèmes liés à la santé mentale comme le

djinn et le mauvais œil. Cela dit, ils estiment que l'aspect spirituel n'est pas l'unique cause à considérer.

Les participants considèrent que les interventions à préconiser pour la santé mentale reposent sur le soutien social, les mécanismes d'adaptation personnels, les aspects religieux, spirituels et traditionnels ainsi que la consultation des psychologues, thérapeutes et des psychiatres. La majorité des participants se tournent vers leurs entourages et les membres de leurs familles pour trouver du soutien dans des temps difficiles. Ils trouvent une certaine satisfaction dans le lien et l'aide apportés par le réseau. Lorsque le réseau n'arrive pas à satisfaire leur besoin en termes de santé mentale ou est absent, certains cherchent des solutions par eux-mêmes. En effet, plusieurs participants ont exprimé avoir développé des capacités leur permettant de gérer leurs émotions dans des situations stressantes et déstabilisantes. La rationalisation, l'autonomie et la régulation émotionnelle ont été cités par les participants. La majorité des participants ont exprimé le besoin d'être soutenus par une communauté religieuse ou un représentant religieux. D'autres ont également évoqué qu'ils avaient recours à des pratiques religieuses et spirituelles comme la prière, la fréquentation des lieux de culte et la relation avec un représentant religieux. Tous les participants considèrent le recours aux services de soins en santé mentale prodigués par les psychologues, thérapeutes et des psychiatres comme étant nécessaires lorsque la santé mentale est compromise. Ils considèrent aussi qu'il est possible de lier simultanément la religion et le spirituel à la santé mentale.

Quant aux représentations culturelles dans le recours aux soins de la santé mentale, plusieurs éléments sont ressortis : des facteurs communautaires et des facteurs éducatifs et des attentes concernant la relation thérapeutique sont à considérer dans l'utilisation des services en santé mentale.

Au niveau des facteurs communautaires, on remarque que l'individu se sent jugé par la communauté lors de la divulgation de la souffrance psychologique. Il y'a également une valorisation du fonctionnement au sein de la communauté. En effet, exprimer une souffrance psychique rimerait à une baisse de foi, ce qui entraîne par conséquent le rejet de la communauté et un sentiment de culpabilité. Le fonctionnement communautaire peut également prédominer, dans le sens où les situations compromettantes sont traitées au sein du cercle familial. On remarque également qu'il y a une faible sensibilisation à la santé mentale dans l'éducation au niveau familial. Par exemple, plusieurs ont partagé ne pas avoir appris à partager leurs émotions mais d'autres mécanismes d'adaptations leurs ont été présentés.

Au niveau des attentes concernant la relation thérapeutique, il a été souligné que les personnes

issues d'Afrique subsaharienne ont des attentes envers les spécialistes des services en santé mentale. En effet, les attentes se concentrent sur un besoin de compréhension, d'identification de la part du spécialiste de la santé mentale afin de consolider la relation thérapeutique. Au niveau du besoin de compréhension, l'individu a besoin de se sentir compris par le spécialiste en santé mentale, surtout lorsqu'il s'agit de thématique comme le racisme et les discriminations raciale. La relation thérapeutique est davantage consolidée lorsque le professionnel fait preuve de non-jugement, d'empathie, se montre à l'écoute et considère les aspects culturels du patient. Au niveau du besoin d'identification, l'individu a besoin de s'identifier au professionnel de soins rencontré. Cette identification se traduit par des traits communs comme l'origine ethnique et raciale ainsi que la religion dans certains cas.

Au niveau des aspects culturels, il a été vu que le terme de la santé mentale n'est pas toujours utilisé dans les régions d'Afrique subsaharienne. On constate une stigmatisation générée par la communauté face aux troubles de la santé mentale. Il y'a également un manque d'infrastructures et de professionnels exerçant dans le domaine de la santé mentale et une priorisation des besoins dans ces pays.

Certaines maladies de la santé mentale ne sont pas forcément connues ni repris dans le discours de la communauté. Cette dernière nomme les personnes souffrantes par plusieurs appellations qui sont souvent péjoratifs comme folles, ou encore victime de mauvais sort. Les personnes souffrantes sont également stigmatisées et isolées. D'après les participants, la santé mentale n'est pas une priorité dans ces pays et cela est visible par le manque d'infrastructures dédiées aux services de la santé mentale et des professionnelles accessibles sur le territoire. Dans ces pays, selon les répondants, l'accent est davantage mis sur les biens matériels, dû au contexte conjecturelle qui amène ces populations à chercher à subvenir à leurs besoins primaires. La population recourait davantage à la religion et la médecine traditionnelles qui sont plus facilement accessibles. Les représentants de ces secteurs occuperaient parfois une figure de confiance vers qui se confier.

8.2 Interprétation des résultats

Grâce à nos résultats nous pouvons dire que les personnes issues de l'Afrique subsaharienne et résidant en Belgique qui ont participé à la recherche ont une vision similaire au discours scientifique en ce qui concerne les concepts en santé mentale. Néanmoins, ils adhèrent à certaines conceptions différentes au niveau de la nature des problèmes liées à la santé mentale et des

interventions pour y remédier. Ces représentations entravent leurs utilisations des services en santé mentale.

Ainsi, l'une des premières représentations culturelles freinant le recours aux soins de la santé mentale repose sur la prégnance du fonctionnement collectif sur le fonctionnement individuel.

8.2.1 Prégnance du fonctionnement collectif sur le fonctionnement individuel

Selon le théologien Ky-Zerbo (2012), « *l'individu africain n'est pas l'unité élémentaire d'un ensemble mais un être-avec, un être-à-sa-place en relation défini par sa fonction et son statut par rapport à la communauté dont il fait partie ; c'est dans cette altérité qu'il existe* ». Nous comprenons que la place de la culture et le regard de la communauté a une place importante pour l'individu issu d'Afrique subsaharienne.

Nous avons vu au niveau des représentations des interventions en santé mentale que le soutien social a été retenu comme le plus exploité. Ce soutien résulte des liens entretenus avec la famille, les amis, les groupes de soutien et communautaire. Ces informations se confirment en considérant les dires de Kleinman, physicien et anthropologue américain. En effet, selon lui, lorsqu'une personne est exposée à un problème en lien avec sa santé, celle-ci va premièrement se tourner vers sa famille et ses proches. Il l'a nommé "le secteur populaire" qui est défini comme l'endroit où le trouble est identifié et où ses répercussions sont évaluées par l'individu et sa famille (Jeoffrion, 2009). Le soutien social a également été mentionné par les participants au niveau des représentations des causes de la santé mentale. En effet, le fait d'être isolé, de manquer de réseau social dans son environnement proche, de ne pas bénéficier d'actes démontrant de l'attachement et de l'affection dans les relations avec le réseau social ont été mentionnés. Ces résultats sont similaires aux études présentées dans notre partie théorique (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017). On comprend ainsi le besoin pour l'individu issu d'Afrique subsaharienne d'être en connexion avec son réseau social et sa communauté.

De manière générale, la communauté en Afrique est connue comme étant le synonyme de famille. Elle s'étend de la famille nucléaire, ethnique ou tribale jusqu'à la famille élargie, lignagère et clanique (Ky-Zerbo, 2012). Néanmoins, dans nos résultats nous constatons que l'expression d'une souffrance psychologique ou d'un trouble de la santé mentale, est souvent préservée au sein même du cercle familial nucléaire, minimisant les chances de la personne souffrante de chercher du soutien en dehors de ce cercle. Cela fait sens lorsqu'on considère que lors de moments cruciaux, la personne se considérant comme un membre dépendant et actif de sa communauté, va privilégier d'adapter son comportement et sa vision avec celle de sa famille et de sa communauté.

Cela lui permet d'aller dans le même sens que sa communauté, d'y trouver racine et ainsi de consolider sa propre identité et son sentiment d'appartenance à cette dernière (Ky-Zerbo, 2012).

C'est ainsi que lors de moments cruciaux, comme un membre de la famille qui rencontre des problèmes en lien avec sa santé mentale, le trouble identifié au sein du cercle familial est perçu négativement par la famille puis par la communauté. Il a été vu que la personne souffrante est déjà prise par un sentiment de culpabilité dû au fait qu'elle est responsable de son propre bien-être psychologique. Selon les participants, certaines cultures lient le bien-être psychologique au fait de maintenir sa foi. C'est ainsi que divulguer une souffrance psychique personnel au sein du cercle familial, peut amener la personne à culpabiliser et à se taire. Sa souffrance ne se vivrait plus de manière isolée. Elle traduirait ainsi un dysfonctionnement au sein même de la famille qui ne sera plus seulement connu et traité dans le cercle familial mais de façon plus large et dense dans la communauté. Cela est apparent dans nos résultats lorsque les participants émettent que les personnes souffrant de troubles de la santé mentale sont stigmatisées, isolées et rejetées par la communauté. Elles sont considérées et nommées comme folles, malades, sorcières et parfois victime du mauvais œil ou d'un mauvais sort.

Par conséquent, lorsque la santé mentale d'une personne est compromettante, cela peut être perçu comme le signe d'un dysfonctionnement familial global. Cela expose l'individu et son cercle familial restreint au jugement de la communauté. Face à cette situation, la personne souffrante se retrouve confrontée à un conflit de loyauté au niveau de son identité culturelle : s'opposer aux représentations parfois stigmatisantes concernant les troubles de la santé mentale véhiculées par et au sein de la communauté, serait comme rejeter à son tour sa communauté et par conséquent, sa propre identité culturelle. Or, appartenir à sa communauté et se conformer à la vision de celle-ci est ce qui renforce son identité et son sentiment d'appartenance. L'individu se retrouve ainsi pris à devoir faire un choix qui l'impacte et pourrait impacter son cercle familial. La réussite d'une famille nucléaire serait synonyme de la réussite perçue au sein de la communauté. C'est ainsi que l'individu va privilégier le fonctionnement communautaire, ce qui revient à contenir et ne pas divulguer ses souffrances psychologiques en dehors du cercle familial.

En somme, le fait de devoir trancher entre divulguer sa souffrance psychologique et le fonctionnement communautaire, joue un rôle dans l'acceptabilité au recours de soins de santé mentale. En d'autres termes, envisager de recourir aux professionnels de la santé est accompagné de la crainte du jugement et du rejet de la communauté qui expose l'individu à un conflit de loyauté entre son bien-être personnel et son identité culturelle.

8.2.2 Facteurs éducatifs

Les personnes issues de l'Afrique subsaharienne qui ont participé à cette étude amènent certains facteurs éducatifs freinant l'utilisation des services de la santé mentale.

Lorsqu'on observe l'expérience en lien avec la santé mentale des participants, plusieurs ont expliqué avoir vécu des situations compromettant leur santé mentale mais ne mettaient pas de nom sur ce qu'ils vivaient. Le terme de la dépression a été pris comme exemple plusieurs fois. Selon Tobin et al. (2018) certaines cultures n'utilisent pas de terme spécifique pour décrire la dépression post-partum. Cela rend les discussions sur ce sujet plus difficile.

Néanmoins, on constate que bien que les termes tirés du langage scientifique étaient méconnus, d'autres méthodes ont été utilisées pour pallier leur souffrance psychologique. Citons l'expérience de la participante qui regardait des vidéos d'un imam pour la motiver durant une période difficile de sa vie. Aujourd'hui, ayant une meilleure connaissance de la santé mentale, elle peut dire qu'elle vivait une dépression durant cette période de sa vie. Nous pouvons lier ce dernier point au fait que le terme de la santé mentale n'est pas repris et surtout lorsqu'il s'agit de troubles de la santé mentale spécifique dans les pays d'Afrique subsaharienne. Dans ces pays comme il a été évoqué par les participants, les personnes différentes, souffrantes sont stigmatisées.

La non-appellation de la santé mentale est également visible au sein de l'environnement familial. Plusieurs ont décrit que le sujet de la santé mentale n'était pas abordé au sein du cercle familial. Dès lors, la transmission et la sensibilisation à la santé mentale semblent avoir été insuffisantes dans l'éducation reçue. Or, il est connu que l'individu dès les premiers stades de la vie se développe grâce à son environnement social. Par exemple, quelques participants ont expliqué que leurs parents leur ont montré le chemin de la foi et qu'ils reprenaient à leur tour le modèle de leurs parents : ils recourent eux-mêmes aujourd'hui à la religion ou la spiritualité face à des situations stressantes de la vie. On comprend ainsi que le sujet de la santé mentale n'est point abordé tel quel au sein des familles, mais qu'il existe une transmission consciente et inconsciente d'un savoir ayant pour objectif de favoriser le bien-être de manière générale. Or, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la santé mentale fait référence à un état de bien-être « *dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2007, cités par Langevin 2017).

Ces différents exemples nous poussent à dire que la transmission et l'imitation dans le cadre de l'éducation joue donc un rôle non négligeable dans le recours aux services de soins de la santé

mentale. Certains vont donc adopter des comportements de santé en lien avec l'éducation, surtout lorsqu'ils ne trouvent pas de satisfaction avec le soutien social en termes de santé mentale. Certains vont puiser dans leurs ressources personnelles en développant des mécanismes d'adaptation comme la rationalisation et des stratégies de gestion des émotions. Cependant, en analysant le discours des participants, on constate que ces mécanismes permettent de dissimuler les situations stressantes et angoissantes que la personne vit en priorisant des explications logiques et rassurantes erronées (DSM-IV) (Ruszniewski, 2022). Cette manière de fuir la réalité freine l'expression des émotions. Or plusieurs participants ont eux-mêmes mentionné que le fait d'inhiber leurs émotions causerait une altération de la santé mentale.

De plus, il est observé qu'il y a une interdiction d'exprimer sa souffrance psychique, comme nous l'avons vu précédemment. Prenons l'exemple d'une participante, née en Belgique, qui exprimait à son père son mal-être. Celui-ci ne la comprenait pas parce qu'il présumait qu'elle possédait tout ce dont elle avait besoin matériellement. Elle n'était donc pas autorisée à exprimer sa souffrance ou à se sentir de cette manière. Le père ayant davantage vécu au Rwanda, met plus l'accent sur les besoins primaires : le fait de se vêtir, se nourrir et se loger. Les participants ont eux-mêmes repris les aspects culturels liés à la santé mentale dans les communautés d'Afrique subsaharienne. Il est donc observé que même au sein d'une famille, il peut y avoir des conflits de représentations. Les croyances de la santé mentale peuvent varier, même si elles sont transmises dans le cadre de l'éducation. Dans ce sens, il est plus facile de comprendre que lorsque la personne ne trouve pas de satisfaction dans son entourage et qu'elle souhaite par exemple se tourner vers un professionnel de la santé mentale, elle a des attentes variées quant à la relation thérapeutique : Le désir d'être compris et non jugé prend toute sa signification. Le cercle familial, ou plus généralement la communauté, peut entraver l'expression de sa douleur psychique, ce qui la pousse à chercher un environnement bienveillant où elle ne sera ni jugée, ni interdite de s'exprimer. Selon de nombreux chercheurs tels que Byrow et al (2020), le manque de capacité à exprimer verbalement son mal-être psychologique accentuerait la somatisation chez les populations africaines subsahariennes. Cela réduirait les opportunités de conscientiser ces populations aux troubles de santé mentale. Il serait tout de même intéressant de pousser ce point, en prenant en compte le statut de migration comme variable. Cela permettrait de pousser ce point et davantage mettre en lumière les variations existantes au sein de cette population.

La population ayant donc une approche différente de la santé mentale va se tourner vers d'autres méthodes d'interventions comme la religion et la spiritualité qui ont été cités par la majorité..

8.2.3 Recours à la spiritualité et à la religion

Les personnes issues de l'Afrique subsaharienne qui ont participé à cette étude amènent la notion du surnaturel dans l'étiologie et dans les traitements des troubles de la santé mentale associés à la spiritualité et à la religion, freinant ainsi l'utilisation des services de la santé mentale.

Comme abordé précédemment, chaque culture a sa propre perception et approche de la maladie. Dans les cultures africaines traditionnelles, la maladie et tout ce qui dépasse la norme ou qui ne s'explique pas selon les critères scientifiques de la culture occidentale, sont interprétés différemment (Tshibwabwa Mua Bay, 2008, cité par Menick, 2015).

En Afrique subsaharienne, on compte plus de 62% chrétiens et 31.4% de musulmans. (Altasocio,2020). Bien que la personne issue d'Afrique adhère à ces religions, le christianisme est fortement marqué par un système de représentation traditionnel. Plusieurs auteurs stipulent que la religion traditionnelle africaine, autrefois connue sous l'appellation de l'animisme, est toujours présente dans la vie de la communauté et des personnes. L'identité de l'Africain reste profondément ancrée dans sa culture africaine, voire dans sa religion traditionnelle (Ky-Zerbo, 2012 ; Tabard, 2010). Selon Gérard Buakassa (cités par Tabard, 2010), anthropologue congolais, *« la religion africaine n'existe nulle part, mais elle est partout, dans les consciences, dans les opérations spirituelles ou empiriques, dans les représentations, dans les attitudes, dans les gestes, dans les proverbes, dans les légendes, dans les mythes ... »*. L'anthropologue considère donc que la religion africaine occupe encore une grande place chez l'individu et qu'elle entretient un lien profond avec la culture.

Ces différents éléments nous permettent de mieux comprendre la perception de la santé mentale et du recours aux soins en santé mentale de notre population. En effet, l'étiologie de la santé mentale et le traitement des troubles mentaux chez les africains migrants s'orientent vers des représentations traditionnelles, religieuses et spirituelles. Notons que la religion s'inscrit dans une perspective collective alors que la spiritualité s'inscrit plus dans une vision individuelle.

Au niveau des représentations des causes de la santé mentale, il a été retenu qu'une petite portion des participants perçoivent les troubles de la santé mentale comme des conséquences de malédictions, de mauvais sort ou de la sentence d'un acte répréhensible : le djinn, le mauvais œil et le mauvais sort. Plusieurs ont par la suite spécifié qu'au regard de la communauté, souffrir psychologiquement et le manifester serait l'équivalent d'une baisse de foi ou d'une déconnexion à Dieu. Ce qui nous amène à mieux comprendre la place importante qu'occupe la religion chez l'individu issue d'Afrique subsaharienne qui est davantage utilisée comme méthode

d'intervention en termes de santé mentale (Berghmans, 2020).

Au niveau des représentations des interventions en santé mentale, la majorité des participants ont marqué la religion et la spiritualité comme moyen d'intervention. Les méthodes efficaces sont la prière, les séances de délivrance ou d'exorcisme, ou simplement la foi en Dieu (Levesque & Rocque, 2015 ; Langevin et al., 2017). Le fait d'avoir la foi, de prier et de fréquenter un lieu de culte ont davantage été mis en avant au sein de notre population. Ces actions leur procurent un sentiment de paix et d'appartenance à la communauté.

La pratique de la prière permet de communiquer et d'établir une connexion avec une divinité immatérielle ou un être bienveillant, étant à l'écoute qui ne juge pas et devant qui on se sent libre de se montrer vulnérable (Berghmans, 2020). La prière est considérée comme une médecine à distance, ou encore faisant partie des médecines alternatives et complémentaires. Dans le monde, la prière est citée comme le premier soin en santé mentale (Berghmans, 2020). Des études ont démontré que la pratique régulière de la prière, qu'elle soit pratiquée individuellement ou en groupe, apporte plusieurs bénéfices comme la réduction des symptômes du stress, de l'anxiété et de la dépression (Berghmans, 2020). On peut comparer la prière à des techniques de méditation, qui permettent de prendre du recul sur le quotidien. Or, les techniques de méditation ou "mindfulness" sont largement employées dans le domaine des psychothérapies depuis les années 90, et sont principalement utilisées pour traiter les troubles dépressifs et anxieux (Kornreich & Aubin, 2012). Ces techniques sont même considérées par les participants en terme d'interventions en santé mentale.

Plusieurs des participants ont affirmé qu'ils se rendent fréquemment dans des lieux de culte tels que l'église et la mosquée. La fréquentation de ces lieux de rassemblement consolide leur sentiment d'appartenance à la communauté. Ces espaces deviennent des lieux de rencontres et de partages, non seulement avec la communauté, mais aussi avec des conseillers spirituels. Ces derniers leur offrent des services de soutien, d'accompagnement psychologique et d'orientation, adaptés à leurs besoins. Or, nous savons que l'appartenance à une communauté occupe une place centrale dans l'équilibre psychologique d'un individu : se retrouver, être ensemble, faire partie d'un groupe et partager les mêmes vérités idéologiques sur des questions existentielles comme le sens à la vie (Bailly, Roussiau & Fleury-Bahi, 2011 ; Menick, 2015). Il a été démontré qu'un faible score de dépression est associé à un niveau élevé de spiritualité. La spiritualité, considérée comme une composante de la religion, contribue à l'épanouissement personnel et fournit un certain nombre de réponses. C'est ainsi que donner du sens à sa vie au travers de la spiritualité est un facteur protecteur contre les états dépressifs, qui sont souvent associées à des questions

existentielles (Bailly, Roussiau & Fleury-Bahi, 2011).

Dans notre étude, plusieurs ont évoqué qu'ils concilient leur foi à la santé mentale. Ils retrouvent une satisfaction au niveau scientifique mais également spirituel et religieux. Cela nous amène à dire que l'individu issu d'Afrique subsaharienne guérit sa souffrance psychologique de plusieurs manières. Il ne peut guérir en privilégiant une seule thérapie. L'auteur et psychiatre congolais, Daniel Mbassa Menick (2015) relate que l'africain migrant combine plusieurs thérapies, à savoir qu'il est conscient que le médecin/psychiatre correspond à la partie occidentale, le guérisseur à la partie traditionnelle et le religieux à la partie spirituelle. Dans notre étude, nous constatons que la personne issue d'Afrique subsaharienne guérit en combinant la partie occidentale et le religieux qui est influencé par le traditionnel, même si les participants ne le nomment pas. Chaque thérapie va contribuer à la reconstruction de son identité par le fait que chaque instance apporte ce que l'autre ne peut lui apporter (Menick, 2015). Elles deviennent ainsi complémentaires. Nous sommes parvenus à ce constat lorsque plusieurs participants ont exprimé leur désir de consulter un professionnel de la santé mentale ayant une identité culturelle et raciale similaire ainsi que les mêmes croyances religieuses, suggérant une meilleure compréhension de leur souffrance psychologique. En se tournant vers un spécialiste en santé mentale, l'individu souhaite être accueillie, acceptée et entendue par ce dernier. Néanmoins, les prestataires de soins de santé considèrent les différentes attentes envers les services de santé mentale comme un défi (Dauvin et al. 2019).

En somme, l'individu issue d'Afrique subsaharienne, non seulement évoluant dans un contexte d'acculturation et exposé à l'identité de son pays d'origine mais aussi son identité belge ou sa nouvelle identité, en fonction de son expérience migratoire en Belgique, est confronté à plusieurs défis comme le racisme, la discrimination dans son quotidien. Son identité reste profondément ancrée dans sa culture africaine. Il est alors constamment en quête d'acceptation et d'identification que ce soit par sa communauté mais également par les professionnels de soins en santé mentale.

8.3 Recommandations et perspectives

La considération des différents résultats nous amène à développer quelques recommandations à l'intention des centres de recherches, des autorités publiques, des services communautaires, des services en santé mentale, des organismes et associations ainsi que les centres ayant pour clientèle les personnes issues d'Afrique subsaharienne (statut de réfugiés, les personnes en demande de protection internationale et les personnes ayant la nationalité belge mais ayant des origines d'Afrique subsaharienne)

Notre étude exploratoire poussant à étudier les représentations culturelles de la santé mentale ainsi que le recours aux soins de la santé mentale, nous a permis d'obtenir une variation de résultats. Cela dit, il serait intéressant de pousser cette recherche, en isolant certaines variables comme celle de la migration qui s'est vu être influente dans les résultats. Il a été observé que les réponses données au niveau des définitions de la santé mentale, les représentations des causes et des interventions peuvent varier en fonction du parcours migratoire. Cette piste serait intéressante à étudier, afin de déterminer la dynamique des représentations en fonction du parcours migratoire de la personne. Par exemple, on pourrait prendre un échantillon de personnes ayant immigrées en Belgique depuis une période déterminée et étudier leurs représentations de la santé mentale et du recours dans leur pays d'origine contre celles développées depuis leur arrivée en Belgique. Cela permettrait de mettre en évidence l'impact de l'immigration sur les représentations de la santé mentale. Une autre étude pourrait porter spécifiquement sur les représentations des maladies mentales ou sur les méthodes d'interventions préconisées pour répondre à leur bien-être de manière générale. Enfin, il serait intéressant de mener une étude comparative entre les représentations de la santé mentale d'une population occidentale et d'une population issue d'Afrique subsaharienne. Nous constatons en effet, qu'il existe plusieurs similitudes au niveau des réponses données par nos participants, avec la population belge en général.

Il serait également nécessaire de travailler dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale ainsi que de l'accès aux services en santé mentale.

Au niveau du domaine de la prévention et de la promotion, il serait important de mettre en œuvre des stratégies afin de promouvoir la sensibilisation de la santé globale et de la santé mentale dans différents secteurs. Cette promotion pourrait avoir lieu dans le milieu de l'éducation, dans les services accueillant cette population. A l'école, il pourrait y avoir l'intervention de psychologues ou d'assistants sociaux collaborant avec les écoles comme les centres psycho-médico-sociaux, qui pourraient proposer, dans le programme annuel, des animations promotionnelles en santé mentale. Dans les services sociaux, ou associations et centres travaillant avec ce public, on pourrait mettre en place régulièrement des activités de promotion à la sensibilisation de la santé mentale. Par exemple, pour renforcer les capacités d'agir et travailler sur les comportements en santé, des activités de transfert de connaissance pourraient avoir lieu. Ces activités pourraient prendre plusieurs formes et permettraient d'échanger sur les connaissances et les expériences en lien avec la santé mentale. Les animateurs devront considérer les aspects culturels et travailler avec les représentations du public tout en gardant une position bienveillante.

Au niveau de la prévention, il serait également intéressant d'agir sur les déterminants qui contribuent à la santé mentale négative de la population. On pourrait développer des programmes de lutte pour prévenir et agir notamment sur la discrimination, le racisme qui ont souvent été soulevés par nos participants.

Au niveau de l'accès aux services, il faudrait réduire les obstacles qui freinent l'accès aux services de la santé mentale. En effet, dans notre étude on remarque une contradiction et un fossé entre les représentations citées par les participants et le comportement de soins adoptés. Plusieurs semblent ouvert à recourir aux soins de la santé mentale, mais d'autres facteurs entrent en jeu. Cela nous amène à dire que les représentations culturelles ne freinent pas seulement le recours aux soins de la santé mentale mais d'autres facteurs peuvent également jouer un rôle non négligeable. Les facteurs tels que le niveau de revenu, le racisme et la discrimination ont été relevés par les participants.

Les spécialistes en santé mentale accueillant cette population doivent être formés sur les compétences interculturelles de la santé mentale. La personne issue d'Afrique subsaharienne, en quête d'identification lorsqu'elle se tourne vers un spécialiste, se sentira écoutée, reconnue et donc acceptée. Cela permettra de favoriser le lien de confiance qui est primordial dans une alliance thérapeutique. Il serait bénéfique d'apprendre à véritablement connaître son patient, sa culture d'appartenance, ses représentations de la santé mentale, le tout en restant bienveillant, à l'écoute et sans porter de jugement. Dans le cas où les représentations sont diamétralement opposées, il faudrait s'assurer qu'elles n'affectent pas négativement l'accompagnement psychologique. Dans le cas où la collaboration se montre difficile, le spécialiste pourrait suggérer des ressources plus adaptées aux besoins du patient, comme lui recommander des séances d'ethnopsychiatrie, des thérapies ethnocliniques, de l'art thérapie ou encore des approches psycho-corporelles telles des techniques de relaxation, Mindfulness... Le professionnel pourrait également orienter le patient vers des centres spécialisés dans des thématiques bien spécifiques comme l'excision, le mariage forcé, le racisme etc...

En outre, étant donné que l'individu se soigne en combinant la thérapie occidentale et la thérapie religieuse, il serait pertinent d'examiner ces aspects. Ainsi, le spécialiste doit prendre en compte les autres méthodes d'interventions employées par le patient, telles que la prière, la fréquentation des lieux de cultes ou encore le fait d'être en relation avec un représentant religieux. Dans le cas où le patient partage ces informations, il faudrait encourager la personne à maintenir ces liens car ils contribuent à sa reconstruction identitaire. Il serait cohérent de favoriser la collaboration avec

d'autres alternatives complémentaires. On peut prendre comme exemple les thérapies ethno-psychologiques qui peuvent être utilisées en complément des thérapies classiques ou encore les thérapies alternatives complémentaires, comme les approches de types TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives) qui prennent en compte les effets de la spiritualité sur la santé. Cela dit, elles sont moins populaires et encore perçues négativement dans le monde francophone.

8.4 Limites de la recherche et points forts de la démarche

Nous avons identifié quelques limites à notre recherche au niveau théorique et pratique.

Au niveau théorique, notre travail a été légèrement limité dans le sens qu'il existe peu d'études ayant été effectuées sur la population migrante d'Afrique subsaharienne en Belgique. Néanmoins, nous avons été capable de trouver des recherches similaires effectuées dans d'autres pays avec les mêmes caractéristiques que notre étude.

Au niveau de la partie pratique, on remarque essentiellement des limites au niveau du choix de l'échantillon.

Au niveau du recrutement, une partie des participants a été trouvée grâce à notre promotrice qui a diffusé l'annonce auprès de sa clientèle et de son réseau. Ce réseau est constitué de personnes fréquentant l'association qui propose, entre autres, des services en santé mentale. Il pourrait donc s'agir de biais de sélection dans le sens où les résultats obtenus pourraient être biaisés en faveur des personnes étant en relation avec ces services et ainsi ne pas être représentatif de la population issue d'Afrique subsaharienne en Belgique. Cela dit, bien que nous n'ayons pas établi de sous-groupes à l'avance, nous avons tout de même pu avoir des profils différents et varier ainsi nos résultats.

L'âge visé des participants se situait entre 18 ans et plus. Néanmoins, l'âge de notre échantillon s'étalonne entre 21 ans et 38 ans et l'âge moyen des personnes interviewées est de 27 ans, ce qui limite la diversité des profils. Cela peut s'expliquer par la stratégie de recrutement qui a consisté à publier l'information sur nos réseaux sociaux personnels. Ce qui a multiplié les chances d'avoir un public plus homogène. Ce constat peut également démontrer qu'il est plus difficile de toucher une population plus âgée afin de parler de la santé mentale dû aux représentations parfois stigmatisantes sur le sujet au sein de la communauté.

Dans nos critères d'exclusion, nous avons inclus les personnes qui ne s'expriment pas en français. Ce qui limite notre étude, dans le sens où plusieurs personnes issues de l'Afrique subsaharienne comme le Nigeria, le Cameroun, le Ghana, pour ne citer que ceux-ci, s'expriment principalement

en anglais. Cela a donc diminué la participation des autres membres de la communauté issues d'Afrique subsaharienne ne maîtrisant pas ou peu le français.

Lors des entretiens, nous avons constaté qu'il y avait différentes interprétations et compréhension de la santé et de la maladie mentale. Il est arrivé que certains s'exprimaient principalement sur les cas des troubles de la santé mentale provenant d'un diagnostic. Ces perceptions ont pu biaiser la manière dont les personnes ont répondu aux questions et par conséquent nos résultats. Cela dit, l'objectif de l'étude était d'explorer les représentations de la santé mentale de la population sans tenir compte de leurs niveaux de connaissance ou de leur expérience en lien avec la santé mentale.

En ce qui concerne la collecte de données, nous avons opté pour une méthode qualitative en menant des entretiens. Or, plusieurs auteurs recommandent de combiner plusieurs méthodologies lors de l'étude des représentations, comme une méthode qualitative et quantitative (Grenon, Larose, Carignan, 2013) Dans notre cas, il serait pertinent d'utiliser une méthodologie quantitative comme le questionnaire. Ajouter cette approche permettrait d'avoir un échantillon plus large et d'optimiser la crédibilité des résultats obtenus. Ce point pourrait être envisagé pour une prochaine étude.

Au niveau des points forts de notre étude, nous avons eu la chance d'avoir un échantillon varié composé de personnes provenant de six pays d'Afrique subsaharienne : on compte 2 personnes de la République démocratique du Congo, 1 personne de la République du Congo, 1 personne provenant de Djibouti, 1 des îles Comores, 1 de la Guinée, 1 du Rwanda.

Cette variété a permis d'explorer les représentations de la santé mentale et de l'utilisation des services en santé mentale de manière globale, ce qui a donné lieu à des résultats riches et diversifiés. En outre, toujours en lien à la culture d'appartenance, la chercheuse est originaire de la République Démocratique du Congo, ce qui a favorisé les interactions et le lien de confiance avec les participants. Lors des entretiens, ces derniers ont eux-mêmes exprimé l'idée de partager les croyances, origines ethnique et raciale similaires, les encouragerait à se tourner vers un spécialiste de la santé mentale. Cela a donc permis aux participants de se sentir assez en confiance pour parler de leur expérience. Cependant, ayant étudié les représentations de la santé mentale, le fait d'être face à une personne de la même origine ethnique, pourrait freiner les interactions dans le sens où la personne représenterait la communauté, qui pour rappel peut avoir une vision stigmatisante de la santé mentale.

8.5 Réflexivité

De manière générale, ma culture a joué un rôle important dans la composition de ce mémoire. En effet, étant d'origine congolaise, ayant grandi dans une famille chrétienne et ayant suivi des études en psychologie, le thème de mon mémoire a été extrêmement personnel. Grâce à ma recherche, j'ai pu trouver des réponses à diverses interrogations que je me posais ou encore à différentes situations auxquelles j'ai pu faire face. Certaines personnes proches de moi, telles que ma famille, ne croyaient pas nécessairement en moi lorsque j'ai annoncé entamer des études en psychologie. On me recommandait de choisir d'autres filières mieux reconnues. Lorsque j'ai trouvé un premier emploi en lien avec ma formation, j'ai pu constater un léger changement de leur part. C'est d'ailleurs en travaillant et en rencontrant des personnes originaires de l'Afrique subsaharienne que j'ai été motivé à travailler sur ce sujet.

Ces expériences personnes m'ont aidé à rester neutre en tant que chercheur, surtout lors de mes entretiens. Il m'arrivait de vouloir rebondir sur les propos des participants, comme s'il s'agissait d'un simple échange. Or j'ai dû rester concentrée sur les objectifs de ma recherche. Heureusement, j'avais souvent mon guide d'entretien sous mes yeux. Lors des entretiens, j'ai pu constater que la majorité semblait relativement à l'aise pour échanger sur leurs expériences liées à la santé mentale. Mon appartenance culturelle me permettait d'avoir une meilleure compréhension des diverses informations partagées par les participants. Néanmoins, il convient de noter que j'ai beaucoup appris, surtout lorsqu'il s'agissait des participants qui n'étaient pas originaires du même pays que moi. Malgré les similitudes, cela démontre qu'il existe des différences entre les pays d'Afrique subsaharienne en ce qui concerne les représentations de la santé mentale. De plus, ma formation en psychologie m'a permis de créer un environnement bienveillant où les participants se sont sentis écoutés, non jugés et compris, des atouts recherchés par ces derniers pour utiliser les services en santé mentale.

8.6 Conclusion cadre empirique

La partie pratique consistait à présenter notre question de recherche ainsi que les objectifs de l'étude. Nous avons donc introduit notre question : « Comment les personnes issues de l'Afrique subsaharienne et résidant en Belgique perçoivent-elles la santé mentale et le recours aux soins de la santé mentale ? » Les objectifs de cette étude sont d'explorer les représentations culturelles favorisant et/ou freinant le recours aux soins de la santé mentale et d'examiner les différentes méthodes d'interventions possibles en termes de santé mentale utilisées par la population.

Dans un premier temps, nous avons choisi de mener une méthode qualitative de type exploratoire à l'aide d'entretiens semi-directifs. Dans un deuxième temps, nous avons présenté notre collecte de données. Nous avons des critères de sélection bien définis pour le choix de l'échantillon qui a influencé notre recrutement. Nous avons pu recruter 7 personnes répondant aux critères et ayant des caractéristiques spécifiques en termes d'âge, d'expériences migratoire, de pays d'Afrique subsaharienne, et de niveau d'études. Nous avons également introduit notre analyse des données. Nous avons opté pour une analyse thématique.

Dans un troisième temps, nous avons présenté les résultats de notre étude. Au niveau des représentations culturelles de la santé mentale des personnes issues d'Afrique subsaharienne, il a été retenu que les participants avaient très peu d'expérience liée au recours aux services de soins en santé mentale. Néanmoins, cela ne diminuait pas leurs perceptions des enjeux liés à la santé mentale. Ils définissent la santé mentale comme la capacité à faire face aux difficultés stressantes de la vie. Au niveau des causes, il a été retenu que des facteurs individuels, sociaux et des aspects spirituels, religieux et traditionnels peuvent être à la source de l'émergence de problèmes liés à la santé mentale. Au niveau des représentations culturelles liées aux méthodes d'interventions, l'individu peut se tourner vers son soutien social, ses ressources personnelles, des professionnels du domaine de la santé mentale ou encore vers des pratiques religieuses et spirituelles. Au niveau du recours aux soins de la santé mentale, l'individu est confronté à des facteurs véhiculés au sein de sa communauté qui l'inciteront à choisir le fonctionnement communautaire à la place de l'expression de sa souffrance individuelle, de peur de se sentir jugé et rejeté par la communauté. Des facteurs éducatifs, des attentes concernant la relation thérapeute, comme le besoin d'identification et de compréhension ont également été retenus. Enfin, les représentations de la santé mentale au sein de leur culture d'appartenance, comme la stigmatisation, la priorisation des besoins et le manque de ressources ont été cités.

Dans un quatrième temps, nous avons présenté l'interprétation des résultats en lien avec les objectifs de notre recherche.

Nous retenons qu'il existe des représentations culturelles freinant le recours aux services de soins de la santé mentale. Premièrement, la prégnance du fonctionnement collectif sur le fonctionnement individuel annonce que la personne issue d'Afrique subsaharienne et résidant en Belgique, lorsqu'elle envisage de recourir aux services de la santé mentale, est accompagnée de la crainte du jugement et du rejet de la communauté. Elle est face à un choix : divulguer sa souffrance psychologique et ou prôner le fonctionnement communautaire qui contribue à la consolidation de son identité. Cela joue donc un rôle dans son utilisation des services en santé

mentale. Deuxièmement, l'éducation reçue influence également l'utilisation des services en santé mentale de cette population. La santé mentale n'est pas considérée de la même manière et ne porte pas la même appellation. C'est ainsi que d'autres représentations sur l'étiologie et les méthodes d'interventions de la santé mentale sont transmises par les parents et jouent un rôle dans le développement de mécanismes d'adaptation pour pallier aux situations stressantes de la vie. Une méthode d'intervention la plus sollicitée est celle du recours à la spiritualité et à la religion. Troisièmement, l'individu issu d'Afrique subsaharienne et résidant en Belgique répond à ses besoins en termes de santé mentale au travers de la prière, la fréquentation des lieux de cultes qui renforcent son sentiment d'appartenance à la communauté.

Nous avons enfin terminé par des recommandations et des pistes de réflexion, la présentation des limites et des points forts de notre recherche ainsi qu'un point de réflexivité.

9 Conclusion générale

Les personnes issues de l'Afrique subsaharienne et résidant en Belgique perçoivent la santé mentale et l'usage des soins de santé mentale de manière assez proche du discours scientifique, en particulier en ce qui concerne les concepts de la santé mentale. Néanmoins, il y a quelques variations dans les conceptions des causes et des interventions recommandées en matière de santé mentale. Leurs représentations culturelles de la santé mentale ont une place non négligeable dans l'utilisation des services des soins en santé mentale.

Cette population vit en altérité avec sa communauté. La qualité des interactions avec le soutien social est donc primordiale, dans le sens où elle renforce leur identité culturelle et leur sentiment d'appartenance à la communauté. En outre, le fait d'envisager ou d'exposer le besoin de recourir aux professionnels de la santé est accompagné de la crainte du jugement et du rejet de la communauté qui expose ainsi l'individu à un conflit de loyauté entre la révélation de sa souffrance et le fonctionnement collectif. La personne souffrante hésite ainsi de recourir aux soins de la santé mentale.

En outre, les représentations ainsi que les comportements de santé en lien avec la santé mentale sont transmises au sein du cercle familial et de la communauté. La santé mentale trouve d'autres appellations dans les cultures africaines subsaharienne contribuant tout autant à leur bien-être. Ces facteurs éducatifs entravent ainsi le recours aux services de la santé mentale.

Afin de satisfaire leurs besoins en termes de santé mentale, les individus originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en Belgique s'appuient sur d'autres moyens d'adaptation. Ils ont recours à la spiritualité et à la religion en pratiquant la prière et fréquentant des lieux de culte et les représentants religieux. Ils s'appuient néanmoins sur les aspects plus scientifiques et cartésiens de la santé mentale. Ils se soignent de différentes façons. Dans un contexte dans lequel ils adoptent différentes identités culturelles, dans chaque instance, qu'elle soit religieuse ou médicale, ils guérissent une partie de leurs identités. Dès lors, malgré l'acceptabilité aux recours des soins de la santé mentale, leur utilisation demeure limitée et peut être aggravée par d'autres obstacles tels que le racisme, la discrimination et l'accès aux soins, sur lesquels il serait nécessaire d'intervenir.

10 Références bibliographiques

1. ADEN, H., ORAKA, C., & RUSSELL, K. (2020). MENTAL HEALTH OF OTTAWA'S BLACK COMMUNITY. OTTAWA PUBLIC HEALTH.
[HTTPS://WWW.OTTAWAPUBLICHEALTH.CA/EN/REPORTS-RESEARCH-AND-STATISTICS/RESOURCES/DOCUMENTS/MHOBC_TECHNICAL-REPORT_ENGLISH.PDF](https://www.ottawapublichealth.ca/en/reports-research-and-statistics/resources/documents/MHOBC_Technical-Report_English.pdf).
2. BAILLY N., ROUSSIAU N., FLEURY-BAHI G., (2011). « ÉTUDE DES LIENS ENTRE LES CROYANCES RELIGIEUSES ET SPIRITUELLES, LA SANTÉ ET L'ÂGE » BULLETIN DE PSYCHOLOGIE, (NUMÉRO 512) (2), 149-154. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/BUPSY.512.0149](https://doi.org/10.3917/bupsy.512.0149).
3. BERGHMANS C., (2020). « L'EFFICACITÉ DE LA GUÉRISON À DISTANCE PAR L'INTERMÉDIAIRE DE LA PRIÈRE D'INTERCESSION SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE ? UNE REVUE DE QUESTIONS » HEGEL, (N° 1) (1), 3-23. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/HEG.101.0003](https://doi.org/10.3917/heg.101.0003).
4. BYROW, Y., PAJAK, R., SPECKER, P., & NICKERSON, A. (2020). PERCEPTIONS OF MENTAL HEALTH AND PERCEIVED BARRIERS TO MENTAL HEALTH HELP-SEEKING AMONGST REFUGEES: A SYSTEMATIC REVIEW. CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW, 75, 101812.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
5. CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ. FACTEURS DE FRAGILISATION PSYCHOLOGIQUE ET DE RETABLISSEMENT CHEZ LES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE. BRUXELLES: CSS; 2024. AVIS N° 9744.
6. CLAUS, L., VAN DE VLIET, L., DOCKX, K., SABBE, B. G. C., DESTOOP, N., & VAN DEN AMEELE, S. (2022). BARRIÈRES IN DE GGZ VOOR ASIELZOEKERS IN HOOG-INKOMENSLANDEN. TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE, 64(8), 524-528.
7. DAUVIRIN M., DETOLLENAERE J., DE LAET C., ROBERFROID D, VINCK I., DEMANDEURS D'ASILE. OPTIONS POUR UN ACCÈS PLUS ÉQUITABLE AUX SOINS DE SANTÉ. CONSULTATION DES STAKEHOLDERS, SYNTHÈSE. HEALTH SERVICES RESEARCH (HSR), CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE). 2019. KCE REPORTS 319Bs, p. 18, ENCADRE 2.
8. GERKENS SOPHIE, LEFÈVRE MELANIE, BOUCKAERT NICOLAS, LEVY MURIEL, MAERTENS DE NOORDHOUT CHARLINE, OBYN CAROLINE, DEVOS CARL, SCOHY ALINE, VLAYEN ANNEMIE, YARAS HARUN, JANSSENS CHRISTOPHE, MEEUS PASCAL. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE : RAPPORT 2024. HEALTH SERVICES RESEARCH (HSR). BRUXELLES. CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE). 2024. KCE REPORTS 376B. DOI: 10.57598/R376B.
9. GRENON, V., LAROSE, F. & CARIGNAN, I. (2013). RÉFLEXIONS MÉTHODOLOGIQUES SUR L'ÉTUDE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES : RÉTROSPECTIVES DE RECHERCHES ANTERIEURES. PHRONESIS, 2(2-3), 43-49. [HTTPS://DOI.ORG/10.7202/1018072AR](https://doi.org/10.7202/1018072AR)
10. HAFDANE, H. L., (2004). "LES FEMMES MAROCAINES ENTRE LE TRAVAIL SALARIÉ ET LE TRAVAIL FAMILIAL: STRATÉGIES ET MODÈS OPÉRATIONNELS, ABSENCE DE POLITIQUES SOCIALES," BRUSSELS ECONOMIC REVIEW, IN: LAHCEN ACHY (ED.), MARCHÉ DU TRAVAIL

11. JEOFFRION, C (2009). SANTE ET REPRESENTATIONS SOCIALES : UNE ETUDE « MULTI-OBJETS » AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE ET NON-PROFESSIONNELS DE SANTE. LES CAHIERS INTERNATIONAUX DE PSYCHOLOGIE SOCIALE, 2009/2 NUMERO 82, PP. 73-115. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/CIPS.082.0073](https://doi.org/10.3917/CIPS.082.0073).
12. JOLY, P., TAÏEB, O., ABBAL, T., BAUBET, T. & MORO, M. (2005). REPRESENTATIONS CULTURELLES, ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET SANTE MENTALE INFANTILE EN GUADELOUPE. LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT, 48, 537-575. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/PSYE.482.0537](https://doi.org/10.3917/PSYE.482.0537)
13. JULIETTE SAKOYAN, « LES MOBILITES THERAPEUTIQUES », ANTHROPOLOGIE & SANTE [EN LIGNE], 5 | 2012, MIS EN LIGNE LE 25 NOVEMBRE 2012, CONSULTE LE 11 OCTOBRE 2024. URL : [HTTP://JOURNALS.OPENEDITION.ORG/ANTHROPOLOGIESANTE/1035](http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1035) ; DOI : [HTTPS://DOI.ORG/10.4000/ANTHROPOLOGIESANTE.1035](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1035)
14. KASTLER, F (2011). 10. LA SANTE MENTALE EN AFRIQUE : UN DEFI OUBLIE OU UNE REPONSE INSTITUTIONNELLE INADAPTEE ? SANTE INTERNATIONALE LES ENJEUX DE SANTE AU SUD. PRESSES DE SCIENCES PO, PP. 169-177. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/SCPO.KEROU.2011.01.169](https://doi.org/10.3917/SCPO.KEROU.2011.01.169).
15. KORNREICH C, AUBIN HJ. RELIGION ET FONCTIONNEMENT DU CERVEAU (PARTIE 2): LES RELIGIONS JOUENT-ELLES UN ROLE FAVORABLE SUR LA SANTE MENTALE? [RELIGION AND BRAIN FUNCTIONING (PART 2): DOES RELIGION HAVE A POSITIVE IMPACT ON MENTAL HEALTH?]. REV MED BRUX. 2012 MAR-APR;33(2):87-96. FRENCH. PMID: 22812054.
16. KY-ZERBO, A (2012). CULTURE DE LA COMMUNAUTE, APPARTENANCE, INDIVIDUALISME ET MODERNITE POINT DE VUE AFRICAIN. L'ANNEE CANONIQUE, 2012/1 TOME LIV, PP. 81-93. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/CANO.054.0081](https://doi.org/10.3917/CANO.054.0081).
17. MBASSA MENICK, D. (2015). LES REPRESENTATIONS SOCIALES ET CULTURELLES DU HANDICAP DE L'ENFANT EN AFRIQUE NOIRE. PERSPECTIVES PSY, 54, 30-43. [HTTPS://DOI.ORG/10.1051/PPSY/2015541030](https://doi.org/10.1051/PPSY/2015541030)
18. N'GORAN N., ZOLDAN Y., (2022). « REPRESENTATION CULTURELLE DE LA DEPRESSION ET DU SUICIDE CHEZ LES FRANCOPHONES OUEST-AFRICAINS DU QUEBEC ET DE COTE D'IVOIRE » L'AUTRE, (VOLUME 23) (3), 321-325. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/LAUTR.069.0321](https://doi.org/10.3917/LAUTR.069.0321).
19. OECD/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (2023), BELGIQUE: PROFIL DE SANTÉ PAR PAYS 2023, STATE OF HEALTH IN THE EU, OECD PUBLISHING, PARIS/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, BRUSSELS.
20. PIGEON-GAGNÉ, É, HASSAN, G, YAOGO, M, SAÏAS, T, & OUEDRAOGO, D (2023). LA MALADIE MENTALE ET LA FOLIE : REPRESENTATIONS SOCIALES DES TROUBLES DE SANTE MENTALE A BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO) SCIENCES SOCIALES ET SANTE, 2023/1 VOL. 41, PP. 41-64. [HTTPS://DOI.ORG/10.1684/SSS.2023.0241](https://doi.org/10.1684/SSS.2023.0241).

21. PIGEON-GAGNÉ, É, YAOGO, M, SAIÑAS, T, HASSAN, G, & BAMBARA, J (2022). ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET ACCES AUX SOINS EN SANTE MENTALE : UNE ETHNOGRAPHIE AU BURKINA FASO. SANTE PUBLIQUE, 2022/2 VOL. 34, PP. 299-307. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0299>.
22. KY-ZERBO A.,(2012). « CULTURE DE LA COMMUNAUTE, APPARTENANCE, INDIVIDUALISME ET MODERNITE » L'ANNEE CANONIQUE, (TOME LIV) (1), 81-93. [HTTPS://DOI.ORG/10.3917/CANO.054.0081](https://doi.org/10.3917/cano.054.0081).
23. LANGEVIN R, ET AL. LES CROYANCES CULTURELLES SUR LA SANTE MENTALE : POINTS DE VUE DE PARENTS FRANCOPHONES MIGRANTS DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE. NEUROPSYCHIATR ENFANCE ADOLESC (2017), [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.NEURENF.2017.12.001](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.12.001)
24. LEVESQUE, A. (2015). IDENTITE, CULTURE ET REPRESENTATIONS DE LA SANTE ET DES MALADIES. CAHIERS FRANCO-CANADIENS DE L'OUEST, 27(1), 35–56. [HTTPS://DOI.ORG/10.7202/1031241AR](https://doi.org/10.7202/1031241AR)
25. LEVESQUE, A. & ROCQUE, R. (2015). REPRESENTATIONS CULTURELLES DES TROUBLES DE SANTE MENTALE CHEZ LES IMMIGRANTS ET REFUGIES DE L'AFRIQUE FRANCOPHONE SUBSAHARIENNE AU CANADA. ALTERSTICE, 5(1), 69–82. <https://doi.org/10.7202/1077309ar>
26. LISTE DES ÉTATS D'AFRIQUE SELON LA PART DES ADHÉRENTS AUX PRINCIPALES RELIGIONS (%). (S. D.). ATLASOCIO.COM. [HTTPS://ATLASOCIO.COM/CLASSEMENTS/RELIGIONS/ADHERENTS/LISTE-ETATS-PAR-ADHERENTS-RELIGIONS-CROYANCES-POURCENTAGE-AFRIQUE.PHP](https://atlasocio.com/classements/religions/adherents/liste-etats-par-adherents-religions-croyances-pourcentage-afrique.php)
27. SANTE PUBLIQUE OTTAWA. ETUDE DE RECHERCHE SUR LA SANTE MENTALE DE LA COMMUNAUTE NOIRE D'OTTAWA (AOUT 2020)
28. SCHOUMAKER, BRUNO ; SCHOONVAERE, QUENTIN. L'IMMIGRATION SUBSAHARIENNE EN BELGIQUE. ETAT DES LIEUX ET TENDANCES RECENTES..DEMOGRAPHIE ET SOCIETES ; 3(2012)24 PAGES [HTTP://HDL.HANDLE.NET/2078.1/127](http://hdl.handle.net/2078.1/127)
29. SATINSKY, E., FUHR, D. C., WOODWARD, A., SONDORP, E., & ROBERTS, B. (2019). MENTAL HEALTH CARE UTILISATION AND ACCESS AMONG REFUGEES AND ASYLUM SEEKERS IN EUROPE: A SYSTEMATIC REVIEW. HEALTH POLICY (AMSTERDAM, NETHERLANDS), 123(9), 851–863. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.HEALTHPOL.2019.02.007](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007)
30. TABARD, RENÉ (2010) "AFRICAN TRADITIONAL RELIGIONS: A CHALLENGE TO THEOLOGICAL EDUCATION". REVUE DES SCIENCES RELIGIEUSES 84(2):191-205
31. WOHLER, Y., & DANTAS, J. A. (2017). BARRIERS ACCESSING MENTAL HEALTH SERVICES AMONG CULTURALLY AND LINGUISTICALLY DIVERSE (CALD) IMMIGRANT WOMEN IN AUSTRALIA: POLICY IMPLICATIONS. JOURNAL OF IMMIGRANT AND MINORITY HEALTH, 19(3), 697–701. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S10903-016-0402-6](https://doi.org/10.1007/s10903-016-0402-6)
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021). COMPREHENSIVE MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013–2030.

11 Annexes

