



Développement et  
validation d'une forme  
de TCC culturellement  
adaptée pour l'optimisation  
des services de santé  
mentale communautaires  
prodigués aux Canadiens  
**d'origine sud-asiatique**

Rapport final 2023

Titre : *Développement et validation d'une forme de TCC culturellement adaptée pour l'optimisation des services de santé mentale communautaires prodigués aux Canadiens d'origine sud-asiatique : Rapport final*

Auteurs : Farooq Naeem, Nagina Khan, Sarah Ahmed, Marcos Sanches, Catherine Lamoureux-Lamarche, Helen-Maria Vasiliadis, Gary Thandi, Baldev Mutta, Azaad Kassam, Kamlesh Tello, M. Ishrat Husain, M. Omair Husain, Sean A. Kidd et Kwame McKenzie

Copyright © 2022 Centre de toxicomanie et de santé mentale

*Ce document ne peut être reproduit ou transmis, en partie ou en totalité, et sous quelque forme que ce soit, par voie électronique ou mécanique, y compris par photocopie ou enregistrement, ou par voie de stockage d'information ou de système de récupération, sans la permission écrite de l'éditeur – sauf pour une brève citation d'un maximum de 200 mots dans une revue spécialisée ou un ouvrage professionnel.*

Citation suggérée : Naeem, Farooq, Nagina Khan, Sarah Ahmed, Marcos Sanches, Catherine Lamoureux-Lamarche, Helen-Maria Vasiliadis, Gary Thandi, Baldev Mutta, Azaad Kassam, Kamlesh Tello, M. Ishrat Husain, M. Omair Husain, Sean A. Kidd et Kwame McKenzie. *Développement et validation d'une forme de TCC culturellement adaptée pour l'optimisation des services de santé mentale communautaires prodigués aux Canadiens d'origine sud-asiatique : Rapport final*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2023.

Graphisme : Accurate Creative

Révision : Diana Ballon

Traduction : Régine Bohar

*Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.*

Pour tout renseignement sur d'autres publications de CAMH, veuillez vous adresser au Service des publications de CAMH :

Sans frais : 1 800 661-1111

À Toronto : 416 595-6059

Courriel : [publications@camh.ca](mailto:publications@camh.ca)

Cyberboutique : <http://store.camh.ca>

[www.camh.ca](http://www.camh.ca)

02-2023

# Remerciements

Ce rapport final synthétise les conclusions de l'étude de recherche intitulée *Development and Evaluation of Culturally Adapted CBT to Improve Community Mental Health Services for Canadians of South Asian Origin* (publication non traduite), menée au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto. Nous remercions tous les membres de notre personnel et nos partenaires qui ont participé à ce projet de recherche.

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance à nos partenaires communautaires : Moving Forward Family Services (district régional du Grand Vancouver, Colombie-Britannique), le Centre de santé des nouveaux arrivants d'Ottawa (hébergé par le Centre de santé communautaire Somerset Ouest d'Ottawa) et Punjabi Community Health Services (région du Grand Toronto) pour leur contribution active et pour le temps qu'ils nous ont généreusement accordé. Nous remercions aussi chaleureusement tous les autres organismes participants qui ont contribué à ce projet.

## **Chercheur principal**

Le D<sup>r</sup> Farooq Naeem, professeur au département de psychiatrie de l'Université de Toronto et psychiatre au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto

## **Co-chercheur principal**

Le D<sup>r</sup> Kwame McKenzie, directeur du bureau de l'équité en matière de santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale, président-directeur général du Wellesley Institute et professeur au département de psychiatrie de l'Université de Toronto

## **Partenaires de recherche sur le terrain**

Gary Thandi, directeur général, Moving Forward Family Services, Vancouver

Le D<sup>r</sup> Azaad Kassam, professeur adjoint à l'Université d'Ottawa; psychiatre traitant au sein de l'équipe de traitement communautaire dynamique du Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway et psychiatre culturel au Centre de santé des nouveaux arrivants d'Ottawa

Baldev Mutta, président-directeur général, Punjabi Community Health Services, Toronto

## **Équipe responsable du projet**

### **CAMH**

Sarah Ahmed, coordonnatrice de recherche  
Bertina Jebanesan, analyste de recherche  
La D<sup>re</sup> Nagina Khan, responsable scientifique du projet  
Andrew Tuck, coordonnateur de la recherche, équité en santé  
Aamna Ashraf, gestionnaire, équité en santé  
Sireesha Bobbili, chef de projet  
Nina Flora, directrice de la recherche

## **Commission de la santé mentale du Canada**

Ed Mantler, vice-président principal et administrateur en chef des programmes  
Nicholas Watters, directeur, services d'accès à des soins de santé mentale de qualité  
Maureen Abbott, gestionnaire, services d'accès à des soins de santé mentale de qualité  
Samuel Breau, gestionnaire, services d'accès à des soins de santé mentale de qualité  
Kamlesh Tello, gestionnaire de programme, services d'accès à des soins de santé mentale de qualité  
Alida Ingabire, coordonnatrice d'événements, services d'accès à des soins de santé mentale de qualité  
Ubah Mohamoud, membre du Conseil jeunesse  
Dalya Kablawi, membre du Conseil jeunesse

## **Moving Forward Family Services**

Mehreen Masud, assistante de recherche  
Meirav Raza, conseillère clinicienne autorisée  
Cody O'Neill, travailleur social autorisé

## **Centre de santé des nouveaux arrivants d'Ottawa**

Nazia Sohani, assistante de recherche  
Helen Yohannes, psychothérapeute autorisée  
Heidi O'Hagan, psychothérapeute autorisée  
Farouq Samim, gestionnaire intérimaire  
Nimo Farah, gestionnaire  
Siffan Rahman, gestionnaire  
Michelle Maynard, directrice, soins de santé primaires



## Punjabi Community Health Services

Wishah Khan, assistante de recherche  
Ananya Dhoundiyal, psychothérapeute autorisée  
Hamidullah Akbari, psychothérapeute autorisé  
Farhana Safa, assistante de recherche  
Puneet Dhillon, gestionnaire, communications et recherche  
Mudassara Anwar, directrice des opérations

## Équipe de recherche

Le D<sup>r</sup> Muhammad Ayub, le D<sup>r</sup> M. Ishrat Husain, le D<sup>r</sup> M. Omair Husain, la D<sup>re</sup> Nagina Khan, le D<sup>r</sup> Sean A. Kidd, la D<sup>re</sup> Catherine Lamoureux-Lamarche, Sheeba Narikuzhy, Marcos Sanches et la D<sup>re</sup> Helen-Maria Vasiliadis

## Comité consultatif d'experts

La D<sup>re</sup> Branka Agic, Sabeeha Ahmed, Saamiyah Ali-Mohammed, la D<sup>re</sup> Khrisha Alphonsus, Jaswant Kaur Bajwa, Naushaba Degani, le D<sup>r</sup> Ayan Dey, Damindra Dias, le D<sup>r</sup> Kenneth Fung, Sana Imran, la D<sup>re</sup> Farah Islam, Alexia Jaouich, le D<sup>r</sup> Laurence Kirmayer, Nabihah Madda, le D<sup>r</sup> Tariq Munshi, Nisha Parekh, Nitasha Puri, le D<sup>r</sup> Sanjay Rao, le D<sup>r</sup> Arun Ravindran, le D<sup>r</sup> Peter Selby, Deepy Sur, la D<sup>re</sup> Smita Vir Tyagi, Bonita Varga et la D<sup>re</sup> Gursharan Kaur Virdee

Nous tenons à remercier la D<sup>re</sup> Nagina Khan pour avoir établi la première version de ce rapport.

La présente étude a été financée par Santé Canada – Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPSS). L'équipe du projet remercie le commanditaire pour son soutien continu durant l'étude.

Nous exprimons notre immense gratitude aux participants à la recherche qui, lors d'entrevues et d'enquêtes, nous ont aimablement fait part de leurs expériences et de leurs points de vue sur la question de la santé mentale chez les personnes d'origine sud asiatique. C'est grâce à leurs contributions directes que ce rapport a pu voir le jour.



Avec le financement de



Santé  
Canada

Health  
Canada



# Sommaire

À ce jour, peu de traitements rigoureux adaptés à la culture ont été mis en œuvre ou évalués pour les services de santé mentale<sup>1</sup>. Néanmoins, les études portant sur ces traitements indiquent que la TCC culturellement adaptée (TCCca) est plus efficace que la TCC standard et pourrait constituer une option intéressante pour le traitement des problèmes de santé mentale affectant les minorités culturelles du Canada.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons examiné la mise en œuvre de la TCCca au sein des communautés sud-asiatiques de Vancouver, de Toronto et d'Ottawa afin de dégager les principales thématiques touchant à l'adaptation culturelle de la TCC au Canada.

Le Canada compte 2,6 millions de personnes d'origine sud-asiatique<sup>a</sup>. Ce groupe racialisé, le plus important au pays, représente 7,1 % de sa population totale<sup>2,3</sup>. Or, comparativement aux autres populations du Canada, les personnes d'origine sud-asiatique présentent des taux particulièrement élevés de troubles anxieux et thymiques<sup>4</sup>. En outre, au Canada, la dépression est plus répandue chez les femmes d'origine sud-asiatique que chez les autres, ce qui s'explique principalement par l'influence de facteurs d'ordre culturel et socio-économique<sup>4</sup>.

Divers déterminants sociaux ont une influence négative sur la santé mentale des personnes d'origine sud-asiatique vivant au Canada et pourraient entraver leur accès à des soins. De surcroît, la probabilité que les Sud-Asiatiques du Canada recherchent un traitement pour une dépression clinique est de 85 % inférieure à celle observée chez les autres Canadiens touchés par la même pathologie<sup>5</sup>. Le faible recours aux services de santé mentale montre clairement la nécessité d'offrir des soins adaptés à cette population.

Avec le soutien financier de Santé Canada, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) collabore avec la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et des organismes partenaires – Moving Forward Family Services (district régional du Grand Vancouver), Punjabi Community Health Services (région du Grand Toronto) et le Centre de santé des nouveaux arrivants d'Ottawa – afin de créer de nouveaux services de santé mentale pour les populations sud-asiatiques du Canada.

La présente étude, qui faisait appel à des méthodes de recherche mixtes, a été réalisée en trois phases :

- ▶ **Phase 1 : L'adaptation culturelle de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** consistait à adapter la TCC aux populations d'Asie du Sud vivant au Canada. Pour ce faire, nous avons mené des entretiens avec les parties prenantes et opté pour des méthodes qualitatives de collecte de données.
- ▶ **Phase 2 : Un essai pilote de la TCC culturellement adaptée (TCCca)** a été réalisé sous la forme d'un essai randomisé contrôlé pour tester la faisabilité, la recevabilité et l'efficacité de cette thérapie nouvellement développée.
- ▶ **Phase 3 : La mise en œuvre de la TCCca et son évaluation** exigeaient de former des thérapeutes à ce type de TCC, d'un bout à l'autre du Canada.

---

a La population visée par ce projet n'incluait pas seulement des citoyens canadiens, mais aussi des immigrants, réfugiés et nouveaux venus n'ayant pas la citoyenneté canadienne.

Dans le cadre de cette étude à méthodes mixtes, les phases 1 et 3 faisaient toutes deux intervenir le recueil de données qualitatives. On a mené des entretiens semi-structurés et approfondis et invité les participants à s'exprimer librement sur des sujets prédéterminés.

Au cours de la phase 1 de l'étude, les chercheurs ont mené 42 entretiens auprès de personnes touchées par la dépression ou l'anxiété, de membres des familles affectées, d'aidants, de personnes influentes au niveau local et de professionnels de la santé mentale. Ils ont posé aux participants une série de questions en rapport avec la communauté sud-asiatique, qui portaient sur leurs convictions en matière de santé et de maladie mentale et de traitement des troubles mentaux, et ils se sont fondés sur les réponses recueillies pour développer une forme de TCC culturellement adaptée. Parmi les thématiques qui sont ressorties des entretiens avec les intéressés figuraient la sensibilisation accrue à la santé et à la maladie mentales, la nécessité pour les thérapeutes de faire preuve de respect à l'égard de valeurs culturelles qui n'étaient pas les leurs et l'importance de modifier les techniques de la TCC pour mieux adapter cette thérapie aux clients d'Asie du Sud.

Au cours de la phase 2, nous avons recueilli des données quantitatives dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé pour tester la faisabilité et la recevabilité de la TCCca nouvellement développée. De façon secondaire, nous nous proposons aussi de tester l'utilité de la TCCca pour la dépression, l'anxiété, les symptômes somatiques et les handicaps. Six thérapeutes agréés ayant une expérience préalable de la TCC ont été recrutés pour être formés par le chercheur principal, le Dr Farooq Naeem, soit à la TCCca nouvellement développée lors de la phase 1, soit à la TCC standard.

Cent quarante-six participants ont été inscrits à l'étude et répartis de façon aléatoire pour suivre soit une TCCca, soit une TCC standard. Les participants ont rempli plusieurs questionnaires à trois reprises : avant de commencer la thérapie, juste après la thérapie et six mois après. Bien que les résultats n'aient pas été statistiquement significatifs, nous avons constaté que, pour toutes les mesures de symptômes, le groupe TCCca avait obtenu des scores inférieurs à ceux du groupe TCC standard et que, comparativement aux participants au groupe TCC standard, ceux du groupe TCCca s'étaient davantage impliqués et avaient eu un plus grand degré de satisfaction. Par ailleurs, on a observé une amélioration plus marquée des symptômes dépressifs chez les personnes d'origine sud-asiatique nées au Canada que chez celles nées hors du pays, ce qui semble indiquer que la TCCca serait perçue plus favorablement par le premier groupe. Pendant la pandémie de COVID-19, nous avons été contraints de déroger à notre protocole en recourant à une plateforme en ligne pour le recrutement des sujets et leur traitement. Néanmoins, le taux de réponse au recrutement et le taux de rétention des participants à l'étude ont été élevés, ce qui est prometteur sur le plan de la faisabilité et de la recevabilité de la TCCca ainsi que sur le plan de l'adhésion au traitement.

La phase 3 de l'étude faisait appel à des méthodes tant qualitatives que quantitatives. Nous avons formé 29 thérapeutes à la TCCca et évalué leurs connaissances, leurs compétences et leur conscientisation avant et après la formation. Il est ressorti que la formation avait permis aux thérapeutes, issus de divers horizons, d'améliorer de manière appréciable leurs connaissances relatives au counseling axé sur le multiculturalisme. La formation s'est traduite par une augmentation significative des connaissances en matière d'adaptation culturelle, avec un gain normalisé moyen de 37 %, et la satisfaction moyenne des apprenants a été de 91,66 %.

Pour obtenir des commentaires détaillés sur la façon d'améliorer la formation à la TCCca, nous avons interrogé 13 thérapeutes parmi les participants. Ces thérapeutes nous ont mis en garde contre les généralisations abusives à propos des personnes originaires d'Asie du Sud et ils nous ont recommandé de choisir, avec l'aide de graphistes professionnels, des illustrations reflétant la diversité de cette population au lieu d'images susceptibles de perpétuer les stéréotypes. Nous avons subséquemment apporté des modifications au manuel et nous lui avons adjoint des vidéos de formation.

Dans l'ensemble, les données recueillies au cours des trois phases de l'étude ont indiqué que la TCCa était une option de traitement praticable pour les Canadiens originaires d'Asie du Sud. Les entrevues que nous avons menées au cours de la phase 1 et qui ont servi à élaborer la TCCa ont révélé le besoin d'une psychoéducation plus importante sur la santé mentale, la maladie et la thérapie au sein de la communauté sud-asiatique, et ce, tant pour les clients que pour les prestataires de services de santé mentale. Une plus grande flexibilité concernant les « devoirs » (absence de délais rigides, possibilité d'utiliser des supports écrits ou oraux et recours au soutien des membres de la famille) a permis d'accroître l'efficacité du traitement, ce qui démontre tout l'intérêt de l'adaptation des composantes de la TCC aux besoins spécifiques des Canadiens d'origine sud-asiatique. On nous a dit que pour réduire le taux d'abandon, l'inclusion de la famille dans la thérapie était essentielle. En outre, il était plus facile pour les participants, et moins stressant, de s'investir dans la thérapie lorsque les thérapeutes étaient au courant de la dynamique familiale. De nombreux participants ont également fait état des répercussions du racisme sur leur santé mentale.

Les réponses au questionnaire d'évaluation médico-économique ont révélé que le nombre de consultations médicales des participants au groupe TCCa, pour tous types de troubles de santé confondus, avait été inférieur à celui du groupe TCC et le recours aux services offerts par les écoles a également été moindre dans ce groupe. Lors du suivi à 36 semaines, il est apparu que le nombre de consultations psychiatriques au sein du groupe TCCa avait été inférieur au nombre de consultations au sein du groupe TCC standard.

En raison de la diversité des expériences, des croyances religieuses et des points de vue, il nous est impossible de généraliser nos résultats à toutes les personnes ou communautés ayant des racines en Asie du Sud. Pour rendre justice à cette diversité et élaborer des pratiques exemplaires en matière de soins, il faudra collaborer avec les communautés au plan local.

En conclusion, nos recherches ont montré qu'il était possible de concevoir des services de santé mentale sensibles à la culture des Canadiens d'origine sud-asiatique et adaptés à leurs besoins.

### **Recommandations principales :**

- 1. Nécessité de recherches plus approfondies :** La méthodologie de recherche devrait être plus explicite et plus homogène et la taille des échantillons plus importante pour que l'on puisse découvrir les facteurs permettant de prédire les catégories de personnes les plus susceptibles de bénéficier de la TCCa. Des facteurs tels que les difficultés liées à l'immigration et à l'acculturation, ainsi que les obstacles linguistiques devraient également être pris en compte.
- 2. Mise en œuvre de la TCCa :** Les résultats de nos recherches montrent que la TCCa est faisable et recevable, que les usagers des services de santé mentale et les thérapeutes la trouvent utile et qu'elle améliore les soins prodigués aux Canadiens d'origine sud-asiatique. On pourrait déployer ce type de thérapie à plus grande échelle au Canada en formant des professionnels de la santé mentale de tous bords à la pratique de la TCCa pour qu'ils puissent intervenir auprès de clients originaires d'Asie du Sud.
- 3. Psychoéducation :** En investissant davantage dans la sensibilisation de la communauté sud-asiatique aux problèmes de santé mentale, on réduirait la stigmatisation qui entoure les problèmes de santé mentale au sein de cette population. Les professionnels de la santé mentale de tous horizons auraient également besoin d'être sensibilisés et formés pour être mieux à même de fournir des soins culturellement adaptés.
- 4. Intégration d'un soutien en santé mentale adapté à la culture :** Les participants originaires d'Asie du Sud ont indiqué qu'ils consultaient des conseillers religieux et guérisseurs spirituels pour leurs problèmes de santé mentale. *Ce type de soutien devrait être reconnu et intégré aux protocoles de soins actuels.*

# Table des matières

<b>Remerciements</b>	<b>1</b>
<b>Sommaire</b>	<b>4</b>
<b>Recommandations principales :</b> .....	<b>6</b>
<b>Vue d'ensemble du projet</b>	<b>9</b>
<b>Conclusions</b>	<b>10</b>
<b>Recommandations</b>	<b>11</b>
<b>Rapport détaillé</b>	<b>13</b>
<b>1<sup>re</sup> partie : Mise en contexte</b> .....	<b>13</b>
Implications .....	14
Principales conclusions .....	15
<b>2<sup>e</sup> partie : Démarche</b> .....	<b>16</b>
Phase 1 : Adaptation culturelle de la TCC .....	17
Phase 2 : Essai pilote sur la faisabilité de la TCC culturellement adaptée (TCCca).....	18
Phase 3 : Mise en œuvre et évaluation de la TCCca.....	19
Plan de diffusion .....	19
<b>3<sup>e</sup> partie : Résultats</b> .....	<b>20</b>
Phase 1 : Adaptation culturelle de la TCC .....	20
Phase 2 : Essai pilote sur la faisabilité de la TCC culturellement adaptée (TCCca).....	23
Phase 3 : Mise en œuvre et évaluation de la TCCca.....	28
<b>4<sup>e</sup> partie : Réflexions et recommandations</b> .....	<b>29</b>
Répercussions de la COVID-19.....	30
Difficultés et réussites .....	31
<b>Références bibliographiques</b>	<b>33</b>

## **Annexe A** **36**

### **Phase 1 : Données additionnelles** ..... **36**

Tableau 1	Profil démographique des participants.....	36
Tableau 2	Sensibilisation et préparation à la thérapie – Déclarations de participants.....	38
Tableau 3	Accès aux services et prestation de soins – Déclarations de participants.....	39
Tableau 4	Évaluation et participation à la thérapie – Déclarations de participants .....	40

## **Annexe B** **42**

### **Phase 2 : Données additionnelles** ..... **42**

Tableau 1	Orientation sexuelle des participants.....	42
Tableau 2	Affiliation religieuse des participants.....	43
Tableau 3	Pays de naissance des participants.....	44
Tableau 4	Séances de thérapie suivies.....	44
Tableau 5	Phase 2 de l'essai randomisé contrôlé : suivi après traitement* .....	45
	Résultats secondaires.....	45
Figure 1	Scores à l'échelle HADS d'évaluation de l'anxiété et de la dépression.....	46

## **Annexe C** **47**

### **Phase 3 : Données additionnelles** ..... **47**

Tableau 1	Profil démographique des personnes dispensant la thérapie .....	47
Tableau 2	Ethnicité des personnes dispensant la thérapie.....	48
Tableau 3	Titre des personnes dispensant la thérapie .....	48
Tableau 4	Aspects particulièrement utiles du manuel et de la formation sur la TCCca .....	49
Tableau 5	Aspects qui, de l'avis des thérapeutes, pourraient être améliorés .....	49
Tableau 6	Résultats des questionnaires quantitatifs .....	50

## **Annexe D** **51**

# Vue d'ensemble du projet

Le présent rapport expose les grandes lignes d'une étude qui faisait appel à des méthodes de recherche mixtes et qui a été réalisée en trois phases. L'étude portait sur l'adaptation culturelle de la TCC pour le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les personnes originaires d'Asie du Sud vivant au Canada.

- ▶ **Phase 1** : Adaptation culturelle de la TCC
- ▶ **Phase 2** : Essai pilote sur la faisabilité de la TCC culturellement adaptée (TCCca)
- ▶ **Phase 3** : Déploiement de la TCCca et évaluation

Les activités liées au projet ont été menées dans trois agglomérations du Canada : la région du Grand Toronto, le district régional du Grand Vancouver et la ville d'Ottawa.

## **Phase 1 : L'analyse a permis de dégager cinq thèmes :**

- ▶ Sensibilisation et préparation à la thérapie : questions ayant un impact sur la compréhension de la thérapie et de la maladie mentale par les usagers des services
- ▶ Accès aux services et prestation des soins : point de vue des Canadiens originaires d'Asie du Sud sur les facteurs qui entravent l'accès aux soins et ceux qui le facilitent
- ▶ Évaluation et participation à la thérapie : ce qui fonctionne
- ▶ Adaptations de la thérapie : recommandations concernant les modifications à apporter à la TCC standard et autres suggestions
- ▶ Idéologie et facteurs sous-jacents : difficultés liées à l'immigration, poids du racisme et de la discrimination et autres facteurs sociopolitiques ayant une incidence sur la santé mentale et affectant l'accès aux soins

## **Phase 2 : Pour toutes les mesures des symptômes, le groupe TCCca a obtenu des scores inférieurs à ceux du groupe TCC standard.**

- ▶ Le groupe TCCca a affiché des niveaux de participation et de satisfaction significativement plus élevés que le groupe TCC standard, comme en témoignent les scores aux échelles VSSS (*Verona Service Satisfaction Scale*, mesurant la satisfaction) et WAIS (*Working Alliance Inventory Scale*, mesurant l'alliance thérapeutique).
- ▶ Les personnes originaires d'Asie du Sud nées au Canada ont affiché une réduction plus importante des symptômes dépressifs (approchant la signification statistique) que celles qui n'y étaient pas nées, ce qui semble indiquer que la TCCca serait mieux accueillie par les premières.
- ▶ Les taux de réponse au recrutement et de rétention ont été élevés, démontrant la faisabilité de la TCCca.

## **Phase 3 : À l'issue de la formation, on a observé une augmentation significative des compétences en matière de counseling multiculturel et d'adaptation culturelle.**

- ▶ Une augmentation significative de la connaissance du cadre de Southampton pour l'adaptation culturelle de la TCC a été observée, avec un gain normalisé moyen de 37 %.
- ▶ La satisfaction moyenne des apprenants a été de 91,66 %.

# Conclusions

- ▶ La prestation de soins de santé mentale à des Canadiens d'origine sud-asiatique connaissant des troubles dépressifs et anxieux a fait apparaître le besoin d'adapter la TCC dans les services de santé mentale.
- ▶ Il faudra s'informer plus avant sur la culture des personnes originaires d'Asie du Sud pour mieux comprendre la dépression, l'anxiété et d'autres maladies mentales dans cette population.
- ▶ Les fournisseurs de services de santé mentale doivent savoir qu'au sein de la communauté sud-asiatique, la santé mentale est influencée par des facteurs d'ordre familial, socioculturel et religieux, en plus des facteurs biologiques.
- ▶ Les services de santé mentale devraient adopter une démarche collaborative qui soit recevable par les communautés sud-asiatiques et qui reflète le rôle central de la cellule familiale.
- ▶ Il faudrait que les services de santé mentale changent leur façon de faire et disposent de thérapeutes qui soient bien au fait de l'expérience des personnes d'origine sud-asiatique en matière de santé mentale et bien formés pour intervenir avec confiance auprès de cette population et lui fournir des services culturellement adaptés.
- ▶ S'il est difficile pour tous les Canadiens de s'orienter dans les services de santé mentale, la diffusion d'informations dans différentes langues rendrait possible l'accès au traitement de groupes qui autrement ne connaîtraient pas l'existence de ces services, en particulier ceux qui sont offerts gratuitement ou à moindre coût.
- ▶ Les personnes d'origine sud-asiatique recevant une TCCa s'investissent davantage dans la thérapie et affichent un degré de satisfaction plus élevé que celles traitées par la TCC standard.
- ▶ Les personnes d'origine sud-asiatique nées au Canada et traitées par la TCCa ont connu une réduction plus marquée de leurs symptômes dépressifs que leurs homologues nés hors du pays, ce qui indique que la TCCa serait mieux accueillie par les personnes nées au Canada.
- ▶ Dans l'ensemble, le taux de recrutement et de rétention a été élevé, ce qui démontre la faisabilité de l'offre de la TCCa, tant du point de vue des clients que de celui des professionnels de la santé mentale.
- ▶ Parmi les professionnels de la santé mentale, on a observé un accroissement significatif de la conscientisation et des connaissances relatives au counseling multiculturel et aux notions propres à la TCCa.



# Recommandations

- 1. Sensibilisation à la santé et à la maladie mentales et préparation à la thérapie :** Tant les clients originaires d'Asie du Sud que les personnes qui leur fournissent des services de santé mentale devraient se familiariser avec les facteurs culturels qui influent sur la santé mentale, la maladie mentale et son traitement.
  - Il faudra faire des recherches plus poussées afin de mieux appréhender la santé et la maladie mentales dans le contexte de la culture sud-asiatique et d'intégrer au traitement et à la psychoéducation des termes adaptés à la culture pour décrire la dépression, l'anxiété et d'autres troubles de santé mentale.
  - Les fournisseurs de services devraient savoir que la santé mentale de la population d'origine sud-asiatique est tributaire de ses valeurs familiales, socioculturelles et religieuses.
  - Pour le traitement des troubles mentaux chez les personnes originaires d'Asie du Sud, il conviendrait de prendre en compte l'importance de la famille, les rôles sexuels, le poids de la stigmatisation et de la honte et autres facteurs culturels.
  - Les prestataires de services de santé mentale travaillant auprès de personnes originaires d'Asie du Sud devraient pratiquer l'auto-examen permanent pour faire face à leurs préjugés conscients et inconscients, s'abstenir de porter des jugements et éviter de perpétuer toute forme d'oppression.
- 2. Accès aux services et prestation de soins :** Les organismes qui fournissent des services de santé mentale devraient s'efforcer d'améliorer l'accès aux traitements en prenant conscience des facteurs qui entravent cet accès, dont les difficultés liées à l'immigration et à l'établissement, les difficultés financières et les obstacles linguistiques (signalons toutefois que le recours à des interprètes peut mettre les clients mal à l'aise).
  - Les organismes fournissant des services de santé mentale devraient s'attacher à offrir des traitements culturellement adaptés, reflétant les connaissances des thérapeutes sur la façon dont les personnes originaires d'Asie du Sud envisagent la maladie mentale.
  - Il est difficile de s'y retrouver dans le réseau des services de santé mentale et il faudrait donc informer les membres du public sur les services qui leur sont accessibles et leur fonctionnement, certains de ces services étant offerts gratuitement ou à des tarifs subventionnés.

- 3. Évaluation et participation à la thérapie :** Les prestataires de services devraient veiller à ce que les traitements offerts aux personnes originaires d'Asie du Sud soient adaptés à leur culture afin de favoriser leur investissement dans la thérapie.
- ▮ Il pourrait être judicieux, pour les thérapeutes, de faire des confidences anodines, adaptées à la culture de leurs clients, dans le but d'établir de bonnes relations avec eux.
  - ▮ Pour mieux comprendre les expériences de leurs clients en matière de santé mentale, les thérapeutes devraient évaluer leur degré d'acculturation et se renseigner sur leur statut d'immigration.
  - ▮ L'implication des membres de la famille dans le traitement, si elle est appropriée, pourrait améliorer la fidélité au traitement et amener les patients à s'investir davantage.
  - ▮ Les thérapeutes devraient pratiquer l'écoute active pour découvrir comment leurs clients perçoivent la maladie mentale, ses causes et son traitement, ainsi que l'influence de leur culture sur leur façon de voir.
- 4. Adaptations de la TCC :** Les thérapeutes devraient faire preuve de souplesse et être prêts à modifier les techniques de la TCC standard pour les adapter à la culture des clients.
- ▮ Les thérapeutes qui ont des clients d'Asie du Sud devraient intégrer à leur intervention une démarche axée sur le collectif.
  - ▮ Ils doivent savoir que les techniques de la TCC seront inefficaces s'ils demandent à leurs clients d'origine sud-asiatique d'agir à l'encontre de leurs croyances religieuses et de leurs valeurs culturelles.
  - ▮ Ils devraient souligner l'importance qu'ils attachent à la confidentialité et à la protection de la vie privée, en particulier lorsque sont évoquées la stigmatisation et la crainte de la honte au sein de la communauté sud-asiatique, et rappeler aux clients leur engagement à cet égard dans les échanges portant sur la santé mentale.
  - ▮ Ils devraient reconnaître la nécessité d'adapter les techniques de la TCC, telles que l'attribution de « devoirs » (p. ex. en évitant de se montrer rigides au sujet des échéances, en acceptant la remise des devoirs sous forme orale et en faisant appel au soutien des membres de la famille) afin de maintenir les objectifs thérapeutiques tout en renforçant l'alliance thérapeutique.
- 5. Idéologie et facteurs sous-jacents :** Les déterminants structurels et institutionnels, tant sous-jacents que manifestes, influent sur l'expérience de la maladie mentale et l'accès aux services, et ils doivent être pris en compte lors de l'élaboration d'interventions destinées à la communauté sud-asiatique.
- ▮ Les services devraient être offerts dans le cadre d'un modèle tenant compte des traumatismes et intégrant une prise de conscience des difficultés liées à l'immigration, du poids du racisme, de la discrimination et d'autres facteurs sociopolitiques sur la santé mentale des clients.
  - ▮ Les fournisseurs de services qui conçoivent des interventions pour les populations originaires d'Asie du Sud doivent tenir compte de ces facteurs sociaux, sans quoi ils risquent d'exacerber la détresse des clients.
  - ▮ Les thérapeutes devraient être conscients de leurs préjugés inhérents et tenir compte des facteurs qui échappent au contrôle des clients.

# Rapport détaillé

## 1<sup>re</sup> partie : Mise en contexte

Depuis 2009, on reconnaît la nécessité d'interventions fondées sur des données probantes qui soient adaptées à la culture et qui puissent être mises en œuvre dans divers cadres de pratique clinique<sup>6</sup> – une prise de conscience qui concerne tant la recherche que la formation. En matière de psychothérapie, la TCC est devenue la norme de référence<sup>7</sup> et elle est recommandée dans les lignes directrices du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) et de l'APA (American Psychological Association) pour le traitement de divers troubles de santé mentale. Guillermo Bernal et ses collègues (2009) définissent l'adaptation culturelle des interventions thérapeutiques comme suit : « La modification systématique d'un traitement ou d'un protocole d'intervention fondé sur des données probantes pour tenir compte de la langue, de la culture et de la situation [de la cliente/du client] de manière à ce qu'il soit compatible avec ses schémas culturels, ses représentations et ses valeurs » (p. 1)<sup>8</sup>.

Les données dont on dispose semblent indiquer que sous sa forme actuelle, la TCC serait inadaptée, voire inefficace, pour les personnes issues d'un milieu culturel autre qu'occidental. Or le groupe racialisé le plus important du Canada est celui des Sud-Asiatiques, avec une population de 2,6 millions de personnes<sup>2,3</sup>. Ce groupe comprend des personnes originaires de l'Inde, du Pakistan, de l'Afghanistan<sup>b</sup>, du Bangladesh, du Sri Lanka, du Népal, du Bhoutan et des Maldives ainsi que des Indo-Caribéens, une diaspora qui plonge ses racines dans la culture sud asiatique.

« Depuis la fin des années 1700, des personnes d'origine asiatique ont apporté une contribution importante à l'histoire et à l'identité du Canada<sup>9</sup> ». En 2021, il y avait 2 571 400 Canadiens d'origine sud-asiatique, soit environ 7,1 % de la population canadienne totale et 35,1 % de la population canadienne d'origine asiatique. Un quart des personnes qui se sont installées au Canada entre 2016 et 2020 étaient originaires d'un pays d'Asie du Sud et une personne sur cinq était née en Inde<sup>10</sup>. Il existe une grande diversité de croyances parmi les personnes d'origine sud-asiatique, et outre le christianisme, le judaïsme et l'islam, l'hindouisme, le sikhisme et le jaïnisme sont désormais des religions constitutives de l'identité canadienne<sup>9</sup>. Au Canada, la diversité est en plein essor, ce qui est largement attribuable à l'immigration.

b Aux fins du présent projet, nous avons ajouté l'Afghanistan aux pays d'Asie du Sud afin d'être aussi inclusifs que possible quant à la manière dont les personnes définissent leur origine.

Au Canada, il n'existe à l'heure actuelle que peu de services de santé mentale qui soient culturellement adaptés aux communautés d'Asie du Sud. En outre, les thérapeutes désireux d'offrir rapidement un soutien adéquat à ces communautés sont confrontés à un manque d'offre en matière de formation. Il existe des préjugés tenaces selon lesquels les communautés sud-asiatiques ne souffriraient pas de maladies mentales et n'auraient pas besoin d'aide durant des périodes d'extrême détresse et de changements majeurs. Or, les recherches menées par Farah Islam et ses collègues (2014) ont montré que les personnes d'origine sud-asiatique nées au Canada et les immigrants venus d'Asie du Sud ne différaient pas de manière significative du reste de la population canadienne pour ce qui est des taux de prévalence estimés des troubles thymiques. À cela il faut ajouter que chez les immigrants sud-asiatiques, les taux de prévalence estimés des troubles anxieux étaient supérieurs à ceux des personnes d'origine sud-asiatique nées au Canada et que ces immigrants faisaient aussi état d'un stress plus important. Les chercheurs ont également constaté que chez les personnes d'origine sud-asiatique nées au Canada, l'auto-perception de la santé mentale était moins bonne que chez les immigrants de même origine<sup>4</sup>.

En raison de la rareté des recherches sur la TCCa, et au vu de la taille de la communauté sud-asiatique du Canada, les auteurs de la présente étude ont décidé d'élaborer et d'évaluer un modèle de TCC adapté à la culture des populations sud-asiatiques touchées par la dépression et l'anxiété.

## Implications

Les décideurs politiques et les gestionnaires de programmes qui se proposent de développer, à l'échelle du Canada, des services de santé mentale et de les évaluer, ou qui se proposent de mettre en œuvre des programmes de formation pour des collectivités locales comptant un grand nombre de Sud-Asiatiques devraient tenir compte des besoins particuliers de cette population en matière de santé mentale. Les gouvernements de l'Ontario et du Québec ont tous deux annoncé le financement de programmes de psychothérapie structurée, mais sans préciser comment ils entendaient aborder les questions d'équité pour les populations d'immigrants et de réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER). La présente recherche a déjà fourni à des décideurs politiques et planificateurs de services des arguments solides en faveur de l'investissement dans la TCCa pour les populations d'Asie du Sud vivant au Canada, et des outils fondés sur des données probantes ont été créés à cette fin. Les prestataires de services de santé mentale pourront s'appuyer sur les informations tirées de la présente recherche pour faire des recommandations et apporter des changements à leurs pratiques ordinaires. En outre, les usagers des services ainsi que les familles et aidants pourront valider les résultats et comparer leurs expériences ou faire connaître les résultats dans leurs communautés, contribuant ainsi à l'amélioration des soins de santé mentale offerts aux personnes originaires d'Asie du Sud. Les résultats aideront également à faire la lumière sur les besoins non satisfaits et les lacunes dans les services.

Pour la collecte des données de cette étude, les chercheurs ont employé diverses méthodes. Ils ont notamment mené des entretiens avec des usagers de services, des thérapeutes, des fournisseurs de services de santé mentale, des organismes partenaires de CAMH et des organismes communautaires du secteur associatif afin de formuler des recommandations majeures.

## Principales conclusions

1. La TCCca est une option de traitement recevable pour les Canadiens d'origine sud-asiatique et son succès démontre que les professionnels de la santé mentale devraient offrir des soins adaptés à la culture.
2. Pour que la TCCca soit efficace, il faut que la formation des prestataires soit volontaire et qu'ils aient suffisamment d'expérience pour répondre aux besoins des personnes originaires d'Asie du Sud, c'est-à-dire qu'ils connaissent bien leur façon d'exprimer la détresse et les enjeux culturels auxquels elles sont confrontées, de même que la dynamique familiale et les effets de la stigmatisation au sein de leur communauté. Avec une offre de formation suffisante, il serait tout à fait envisageable de déployer des services structurés de TCCca.
3. La TCCca devrait faire l'objet d'une promotion dans les langues pertinentes afin de faciliter l'accès des personnes originaires d'Asie du Sud aux services de santé mentale et d'éviter qu'aliénées par l'aspect procédural, elles ne s'abstiennent de faire appel à ces services lorsqu'elles traversent des moments difficiles.
4. Il semblerait que les communautés d'Asie du Sud soient disposées à faire appel à des services structurés qui répondent à leurs besoins en s'appuyant sur leurs valeurs, leurs croyances, la dynamique familiale propre à leur culture et leurs préférences linguistiques. Aucune personne nécessitant des services de santé mentale ne devrait être privée de soins en raison de l'absence de traitement répondant à ses besoins spécifiques, comme cela s'est produit par le passé au sein des communautés originaires d'Asie du Sud.
5. Pour dispenser des services adaptés à la culture, il faut faire appel au soutien des membres de la famille et établir des relations de confiance avec les clients.
6. À l'échelle locale, les organismes de santé mentale devraient collaborer pour donner aux personnes originaires d'Asie du Sud la possibilité de choisir une TCCca pour leurs troubles de santé mentale. Les régions et les provinces devraient connaître les données démographiques sur leur population sud-asiatique et œuvrer à la mise en place d'un système intégré garantissant à tous un accès à des services de santé mentale appropriés.
7. Les services psychiatriques devraient offrir des soins de santé mentale qui soient accessibles à la population sud-asiatique du Canada.

## 2<sup>e</sup> partie : Démarche

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de CAMH (n° 071/2019) et tous les participants ont donné leur consentement écrit. Pour toutes les phases de l'étude, le recrutement a été conduit virtuellement, au moyen d'enquêtes en ligne et de publications dans les médias sociaux, ainsi que par le biais du bouche-à-oreille.

La TCC est une psychothérapie factuelle qui a fait ses preuves pour le traitement de l'anxiété, de la dépression et d'autres maladies mentales. Axée sur la modification des pensées et des croyances négatives, elle a pour objet d'amener les clients à changer leur façon de voir et de se comporter. Pour que ce traitement puisse convenir aux personnes d'origine sud-asiatique vivant au Canada, nous avons adapté la TCC à leur culture et nous avons testé cette forme de TCC auprès de diverses communautés d'origine sud-asiatique du pays. L'étude s'est déroulée en trois phases :

**Phase 1 : Adaptation culturelle de la TCC.** Il s'agissait de la première étude visant à développer une TCC adaptée aux besoins des personnes originaires d'Asie du Sud résidant en Amérique du Nord – et à en tester l'efficacité. Nous avons donc commencé par mener des consultations auprès de personnes d'origine sud-asiatique ayant une expérience vécue de la maladie mentale, d'aidants, de prestataires de soins de santé mentale et de personnes influentes au niveau local, et nous avons recueilli des informations qui ont servi à l'élaboration d'un manuel sur la TCC culturellement adaptée (TCCca).

**Phase 2 : Conduite d'un essai pilote sur la faisabilité de la TCC culturellement adaptée (TCCca).** Une fois le manuel de TCCca achevé, nous avons comparé la TCCca à la TCC standard afin de déterminer si elle était bien accueillie par les personnes originaires d'Asie du Sud, s'il était possible de la mettre en œuvre et si elle donnerait de meilleurs résultats pour le traitement de la dépression et de l'anxiété dans cette communauté.

**Phase 3 : Mise en œuvre et évaluation de la TCCca.** Au cours de la dernière phase de l'étude, nous avons formé 29 thérapeutes à la TCCca et nous avons appliqué des méthodes qualitatives et quantitatives aux fins de l'analyse des résultats.

Les données de chaque phase ont été analysées séparément, selon la méthodologie propre à chacune d'elles.

### Partenaires

L'étude a été menée à CAMH, avec le concours des organismes suivants :

- ▶ Commission de la santé mentale du Canada
- ▶ Moving Forward Family Services (Vancouver)
- ▶ Centre de santé des nouveaux arrivants d'Ottawa (hébergé par le Centre de santé communautaire Somerset Ouest d'Ottawa)
- ▶ Punjabi Community Health Services (région du Grand Toronto)



## Phase 1 : Adaptation culturelle de la TCC

Au cours de la phase 1, nous avons interrogé 42 personnes : 13 personnes avec une expérience vécue de la maladie mentale, 9 aidants, 10 prestataires de soins de santé mentale et 10 personnes influentes au niveau local (Tableau 1). Cinq des personnes interrogées résidaient à Ottawa, 21 dans la région du Grand Toronto et 16 à Vancouver. Le faible nombre de personnes recrutées à Ottawa traduit probablement le fait que la population originaire d'Asie du Sud est moins nombreuse dans cette ville qu'à Toronto ou Vancouver.

Environ la moitié des personnes qui avaient accepté de participer aux entretiens ont été injoignables au moment où nos assistants de recherche ont essayé de les recontacter, même après plusieurs tentatives de leur part; il s'agissait, pour la plupart, de personnes qui avaient une expérience vécue, présente ou passée, de la maladie mentale. En outre, certaines personnes qu'on avait pu joindre ont déclaré qu'elles n'étaient plus intéressées à participer à l'étude. Le faible taux de réponse est probablement attribuable au délai de six mois qui s'est écoulé entre le début du recrutement (mi mars) et celui où les assistants de recherche ont essayé de reprendre le contact (mi septembre). Ce faible taux de réponse pourrait également s'expliquer par les effets omniprésents de la pandémie de COVID-19.

Nous avons jugé que la taille de l'échantillon était suffisante pour nous permettre d'aller de l'avant et de créer le manuel sur la TCCa. Nous avons passé en revue les transcriptions des entretiens menés avec les participants à l'étude afin d'en dégager les thématiques et nous avons poursuivi nos efforts jusqu'à ce qu'aucune nouvelle thématique ne ressorte de ces entretiens.

**Tableau 1** Nombre de personnes interrogées, par catégories

	<b>Personnes avec une expérience de la maladie mentale, présente ou passée</b>	<b>Aidants</b>	<b>Prestataires de soins de santé mentale</b>	<b>Personnes influentes au niveau local</b>
<b>Nombre de participants</b>	13	9	10	10

L'analyse reposait sur une démarche ethnographique<sup>11</sup> faisant appel au principe de la conception émergente<sup>12</sup>. Les chercheurs ont analysé les données recueillies pour dégager des thématiques. Ils ont lu attentivement les transcriptions à plusieurs reprises et défini les thématiques et catégories émergentes<sup>13,14</sup>. Afin de bien appréhender les réponses des participants et de parvenir à un consensus sur les thématiques récurrentes, l'équipe de projet a tenu des réunions régulières tout au long de la phase d'analyse des données. Des codes ont été attribués aux thématiques retenues, qui ont été regroupées en thématiques et catégories plus larges (p. ex. facteurs entravant l'accès à la thérapie). Le recours au logiciel NVivo 9 a permis de faciliter l'analyse. Les personnes en charge de la collecte des données ont procédé à leur analyse à mesure que les entretiens étaient menés. Pour comparer les thématiques ressortant des différents groupes de participants et tester la validité des données, ils ont eu recours à diverses méthodes. Trois chercheurs ont effectué une analyse indépendante de transcriptions sélectionnées au hasard à l'aide du cadre thématique et elles ont ensuite comparé leurs résultats pour en tester la validité.



L'analyse a été considérée achevée lorsqu'aucune nouvelle thématique n'est ressortie des entretiens. Par ailleurs, sur la base des résultats des données qualitatives, nous avons formulé des thématiques et des catégories plus larges. Enfin, nous avons procédé à l'adaptation culturelle de la version originale du manuel sur la TCC standard qui avait été élaborée par le chercheur principal de l'étude (citée dans l'article référencé)<sup>15</sup> en utilisant les données qualitatives et en intégrant les aspects culturels majeurs recensés (p. ex. la place centrale de la religion et la structure de la famille élargie).

## **Phase 2 : Essai pilote sur la faisabilité de la TCC culturellement adaptée (TCCca)**

Dans le cadre de cette phase, nous avons pour objectif de recruter 140 Canadiens d'origine sud-asiatique, soit 70 pour le groupe TCCca et 70 pour le groupe de contrôle. Le taux de réponse au recrutement, qui s'est fait par le biais des médias sociaux et du bouche-à-oreille entre mai et décembre 2021, a été satisfaisant. Nous avons reçu 299 réponses et 209 personnes ont consenti à participer. En raison de la pandémie de COVID-19, nous avons dérogé à notre protocole en optant pour un recrutement en ligne.

Presque tous les participants se sont présentés d'eux-mêmes, ce qui pourrait indiquer une forte motivation de la part de la communauté canadienne d'origine sud-asiatique. Cependant, il faut reconnaître que cela n'aurait peut-être pas été le cas en milieu clinique. Parmi les 209 personnes ayant donné leur consentement, 146 ont été inscrites à l'étude, car répondant à nos critères de sélection : s'auto-identifier comme étant d'origine sud-asiatique, avoir entre 18 et 64 ans, avoir accès à un appareil électronique et avoir eu un score de 8 ou plus à l'échelle la sous-échelle dépression de l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Avant de commencer la thérapie, les 146 participants ont répondu à une série de questionnaires : l'échelle HADS complète (anxiété et dépression), l'inventaire somatique de Bradford (BSI), l'échelle de l'OMS pour l'évaluation du handicap (WHODAS 2.0) et un questionnaire d'évaluation médico-économique de la TCCca. À l'issue de la procédure de recrutement, 75 participants ont été assignés de manière aléatoire au groupe TCCca et 71 au groupe CBT standard, les deux groupes devant suivre une thérapie de 8 à 12 semaines. Au bout 12 semaines, les participants ont été invités à remplir de nouveau les mêmes questionnaires ainsi que l'échelle de satisfaction VSSS (Verona Service Satisfaction Scale) et l'échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique WAI (Working Alliance Inventory – version client). [Signalons que les thérapeutes ont, quant à eux, eu à répondre au WAI – version thérapeute]. Puis, 36 semaines après le début de l'étude, les participants ont été invités à remplir la même série de questionnaires qu'en début d'étude.

Nous avons suivi les recommandations CONSORT pour les essais contrôlés randomisés<sup>16</sup>. L'analyse statistique des données a été effectuée « en aveugle » (c'est-à-dire que le statisticien ignorait quel était le groupe de traitement dont il analysait les résultats).

Pour l'évaluation médico-économique de la TCCca, l'usage des services de santé et les bénéfices de la thérapie ont été analysés conformément aux lignes directrices de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé<sup>17</sup> aux fins du calcul des coûts associés à la mise en œuvre de cette thérapie.



## Phase 3 : Mise en œuvre et évaluation de la TCCca

Une fois la TCCca testée auprès des participants de la phase 2, une formation à cette thérapie a été offerte à d'autres professionnels de la santé mentale, ceci dans le but de peaufiner ce nouveau type de thérapie.

Vingt-neuf thérapeutes qui n'avaient pas participé aux phases antérieures de l'étude ont été recrutés auprès d'organismes partenaires et par bouche-à-oreille. Ces thérapeutes ont rempli des questionnaires pré et post-formation mesurant leurs connaissances et compétences. À l'issue de la formation, ils ont également rempli un questionnaire de satisfaction.

La formation consistait en une séance virtuelle d'une demi-journée, animée par les thérapeutes qui avaient dispensé la TCCca lors de la phase 2. La dernière version du manuel de TCCca avait été remise à l'avance aux participants pour qu'ils puissent en prendre connaissance avant la séance.

Afin de déterminer si le manuel et la séance virtuelle avaient permis d'améliorer les connaissances des participants en matière de counseling multiculturel et de les sensibiliser aux notions du cadre conceptuel de la TCCca, nous avons comparé les scores obtenus aux questionnaires avant et après la formation.

Nous avons également interrogé un sous-ensemble de participants pour obtenir des informations complémentaires dans le but d'améliorer plus avant le manuel et la formation à la TCCca.

## Plan de diffusion

Des articles portant sur l'analyse des données et les résultats de l'étude ont été soumis à des revues à comité de lecture et ils seront présentés dans le cadre de congrès nationaux et internationaux. La diffusion des résultats visera à la fois les universitaires, les cliniciens et les décideurs. Les extraits prévus dans le cadre du projet sont les suivants :

1. une trousse de formation à la TCCca à l'intention des thérapeutes œuvrant auprès de clients d'origine sud-asiatique touchés par la dépression et l'anxiété. Cette trousse contiendra :
  - **un manuel sur la TCCca pour les thérapeutes œuvrant auprès de clients d'origine sud-asiatique**, avec des conseils pratiques et des techniques de mise en œuvre de cette thérapie
  - **des vidéos de formation** pour accompagner le manuel et enrichir l'expérience de l'apprentissage de la TCCca
2. des supports de transfert de connaissances destinés à des publics ciblés (à savoir prestataires de services et usagers) : feuillets d'information à l'intention du public et des professionnels de la santé mentale et communications pour faire connaître au grand public les résultats de l'étude.
3. la publication d'articles présentant la recherche dans des revues à comité de lecture, comme indiqué ci-dessus.



### Phase 1 : Adaptation culturelle de la TCC

Les données qualitatives ont été recueillies par le biais d'entrevues semi-structurées approfondies. Les membres du personnel de recherche ont dirigé ces entrevues, qu'ils ont enregistrés, transcrits et validés. Ils ont en outre pris des notes d'observation, notamment sur les aspects non verbaux de la communication.

Plusieurs questions ont été examinées, notamment « Qu'est-ce que la santé mentale? », « Pourquoi pensez-vous que la santé mentale est importante? », « Qu'est-ce que la dépression / l'anxiété? Et comment décririez-vous ces troubles de santé mentale? », « Pouvez-vous citer quelques symptômes de l'anxiété et de la dépression? », « Qui est en mesure de traiter l'anxiété et la dépression? », « Quel est le type de traitement proposé pour l'anxiété et la dépression? » et « À votre avis, comment pourrait-on améliorer la psychothérapie ou tout autre forme de traitement de ces problèmes de santé mentale? ».

Quarante-deux personnes ont pris part aux entrevues : 13 personnes affectées par la dépression ou l'anxiété, 9 aidants naturels ou proches parents des personnes affectées, 10 personnes influentes au niveau local et 10 professionnels de la santé mentale. Seize participants vivaient à Vancouver, 21 dans la région du Grand Toronto et 5 à Ottawa. Les données démographiques sur les participants sont synthétisées ci-dessous (Tableau 2).

**Tableau 2** Données démographiques sur les participants

	<b>Personnes affectées par l'anxiété / la dépression (n = 13)</b>	<b>Aidants/ Parents (n = 9)</b>	<b>Personnes influentes au niveau local (n = 10)</b>	<b>Professionnels de la santé mentale (n = 10)</b>	<b>Total (n = 42)</b>
<b>ÂGE MOYEN</b>					
<b>Moyenne (écart type)</b>	36 (11,5)	42 (11,0)	35 (10,3)	39 (6,4)	<b>38 (10,1)</b>
<b>SEXE</b>					
<b>Féminin</b>	11 (84,6 %)	8 (88,9 %)	9 (90 %)	8 (80 %)	<b>36 (85,7 %)</b>
<b>Masculin</b>	2 (15,4 %)	1 (11,1 %)	1 (10 %)	2 (20 %)	<b>6 (14,3 %)</b>
<b>NÉ·E AU CANADA?</b>					
<b>Oui</b>	7 (54 %)	3 (33,3 %)	7 (70 %)	4 (40 %)	<b>21 (50 %)</b>
<b>Non</b>	6 (46 %)	6 (66,7 %)	3 (30 %)	6 (60 %)	<b>21 (50 %)</b>

À partir des entretiens qualitatifs, nous avons dégagé cinq thématiques :

- 1. Sensibilisation et préparation à la thérapie : Questions ayant une incidence sur la représentation de la thérapie et de la maladie mentale.** Les participants étaient sensibilisés à la maladie mentale (signes, symptômes et causes), avaient la volonté de se prendre en main et avaient connaissance des options de traitement qui leur convenaient (Annexe A, Tableau 2).
- 2. Accès aux services et prestation de soins : Perception des obstacles à l'accès au traitement par les Canadiens d'origine sud-asiatique.** Les Canadiens d'origine sud-asiatique ont fait état de divers obstacles à l'accès au traitement : difficultés liées à l'immigration et à l'établissement, difficultés financières, barrière linguistique, manque d'acculturation, fait de ne pas être au courant des services de santé mentale offerts, etc. (Annexe A, Tableau 3).
- 3. Évaluation et participation à la thérapie : Ce qui fonctionne.** Les professionnels de la santé mentale ont indiqué qu'ils basaient leur thérapie sur les besoins de leurs clients. Tous les thérapeutes interrogés ont dit que l'écoute active était une composante essentielle de leur traitement. La thérapie consistait à poser des questions ouvertes, à cerner les pensées négatives des clients et les changements qu'ils souhaitaient voir s'opérer dans leur vie, à les aider à se fixer des objectifs et, enfin, à les amener à s'investir dans le plan de soins. (Annexe A, Tableau 4).
- 4. Adaptations de la thérapie : Recommandations pour la modification de la TCC standard et suggestions (relatives tant aux prestataires qu'au système).** Les participants ont indiqué des moyens généraux d'améliorer la thérapie pour l'adapter à la culture, et ils ont précisé ce qui avait donné de bons résultats dans le cadre de la thérapie et ce qui n'avait pas fonctionné.

**Ce qui a donné de bons résultats :** La prise de conscience, par les prestataires de soins de santé mentale, de l'importance du collectif dans la culture sud-asiatique.

*« Je trouve que la TCC, ... [comme] tous les types de thérapie d'ailleurs, [...] a besoin d'adopter [...] une optique culturelle... de reconnaître qu'il existe des traumatismes transgénérationnels et de reconnaître que le traumatisme que vivent [les] clients d'aujourd'hui [...] pourrait venir du traumatisme que leurs parents [ou] leurs grands-parents ont subi et qu'il peut être transmis. »* (personne touchée par la dépression / l'anxiété, Vancouver)

**Ce qui n'a pas fonctionné :** Les participants ont parlé des techniques qui n'étaient pas efficaces pour la communauté sud-asiatique, en soulignant qu'on ne pouvait pas demander aux clients d'aller à l'encontre de leurs croyances et de leurs valeurs culturelles.

*« C'est vraiment bizarre quand un conseiller me dit "Oh! Il faudrait peut-être que tu fasses savoir à tes parents quelles sont les limites à ne pas dépasser"... Comme si c'était facile avec des parents sud-asiatiques! »* (patient-e<sup>c</sup>, Vancouver)

*« Comme si on disait à une femme d'Asie du Sud de faire la fête, de s'amuser, d'aller dans les bars [...] ou à un homme [d'Asie du Sud] "À partir de maintenant, vous allez faire la cuisine, le ménage, tout ce que fait votre femme, et vous allez être plus heureux" Ah! Ah! Bonne chance! On ne peut pas modifier leur comportement, parce que c'est leur culture. La thérapie cognitivo-comportementale consiste à modifier le comportement d'une personne et si c'est contraire à la culture, ça ne va pas fonctionner. »* (personne influente au niveau local, RGT)

c. En l'absence d'indication sur le sexe des personnes ayant fait des commentaires, l'écriture inclusive a été utilisée (NDLT)

**5. Idéologie et facteurs sous-jacents :** difficultés liées à l'immigration, poids du racisme et de la discrimination et autres facteurs sociopolitiques sur lesquels les gens n'ont pas de contrôle, mais qui ont une incidence sur leur santé mentale.

Les participants à l'étude ont déclaré que des facteurs sociopolitiques indépendants de leur volonté avaient une incidence considérable sur l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes, leur rôle dans la société et leur santé mentale. Il serait donc important que les thérapeutes reconnaissent leurs propres préjugés et qu'ils prennent en compte les facteurs qui affectent la santé mentale de leur patients mais qui sont hors de leur contrôle.

*« Il y a aussi toute la question de la race qu'il faut prendre en compte. Et c'est devenu très important... dans la société occidentale actuelle [...]. Il ne faut pas oublier qu'il y a, inévitablement, des préjugés. Il y a des préjugés dans les thérapies et dans les systèmes, et il y a des préjugés chez les personnes qui contrôlent ces systèmes [soupir]. Elles n'en sont pas conscientes et, même si elles le sont, elles vont nier l'existence de ces préjugés qui sont... qui sont profondément enracinés dans ces systèmes. Et ces préjugés auront un impact certain sur la façon dont les thérapies seront dispensées aux personnes marginalisées, aux personnes défavorisées et aux personnes qui appartiennent à des groupes en quête d'équité. » (aidant-e, RGT)*

La pauvreté, les obstacles de nature culturelle et le manque d'accès aux services de santé exacerbent grandement les symptômes associés à la dépression et à l'anxiété.

### **Création du manuel sur la TCC culturellement adaptée**

Dans les transcriptions des entretiens, on a cherché à recenser les principaux aspects de la TCC à adapter pour les personnes d'origine sud-asiatique affectés par la dépression ou l'anxiété, en mettant l'accent sur les compétences interculturelles que les thérapeutes devraient acquérir : établissement de relations fructueuses avec les clients, connaissance de la façon dont la détresse est exprimée dans la culture sud-asiatique et adaptation des « devoirs ».

En gros, la TCC a été adaptée pour : a) tenir compte de l'importance de la culture, de la religion et de la spiritualité dans la thérapie, b) intégrer les croyances des clients sur la santé mentale, la maladie et le traitement et c) tenir compte de la démarche des personnes de la communauté sud-asiatique en quête d'un soutien en santé mentale. Une version préliminaire du manuel a été remise à l'équipe de recherche et au comité consultatif d'experts, qui l'ont examinée dans le détail afin d'en vérifier l'exactitude.

Une nouvelle version du manuel, intégrant les commentaires du comité, a été rédigée en vue de la phase 2.

## Phase 2 : Essai pilote sur la faisabilité de la TCC culturellement adaptée (TCCca)

Pour l'essai pilote de faisabilité de la TCCca, le recrutement s'est déroulé de mai à décembre 2021. La réponse du public a été positive et la plupart des participants se sont présentés d'eux-mêmes. Au total, 299 personnes nous ont répondu, dont 209 ont accepté de participer à l'étude. Les résultats qui étaient visés par la phase 2 sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

**Tableau 3** Résultats visés par la phase 2 de l'étude

Résultats	
Résultats primaires	Tester la faisabilité et la recevabilité de la TCCca nouvellement élaborée au moyen d'un essai randomisé contrôlé (ERC)
Résultats secondaires	Tester l'utilité de la TCCca pour la dépression, l'anxiété, les symptômes somatiques et les handicaps

En raison de la pandémie de COVID-19, nous avons dû déroger à notre protocole en recrutant en ligne tous les participants. Le nombre de personnes s'étant présentées d'elles-mêmes pour participer à l'étude a été important, ce qui pourrait refléter l'absence de divers obstacles à la thérapie plutôt qu'une motivation particulièrement élevée de la part des membres de la communauté sud-asiatique. Il est probable que moins de personnes se seraient présentées d'elles-mêmes si l'étude avait été menée dans un cadre clinique, tant en raison des coûts et du temps associés aux déplacements qu'en raison de l'appréhension suscitée par un cadre inconnu.

Sur les 209 personnes qui ont consenti à participer à l'étude, 146 satisfaisaient à nos critères de sélection : s'auto-identifier comme étant d'origine sud-asiatique, avoir entre 18 et 64 ans, avoir accès à un appareil électronique et avoir eu un score de 8 ou plus à la sous-échelle dépression de l'échelle HADS. Les critères d'exclusion étaient les suivants : usage excessif de substances psychotropes, trouble cognitif important, présence de psychose et fait d'avoir suivi une TCC au cours des 12 derniers mois. Ces critères sont présentés sous forme de tableaux ci-dessous.

### Critères d'inclusion :

- S'auto-identifier comme étant d'origine sud-asiatique
- Avoir entre 18 et 64 ans
- Avoir accès à un appareil électronique
- Avoir eu un score de 8 ou plus à la sous-échelle dépression de l'échelle HADS

### Critères d'exclusion :

- Usage excessif de substances psychotropes
- Trouble cognitif important
- Présence de psychose
- Fait d'avoir suivi une TCC au cours des 12 derniers mois

Les 146 participants ont ensuite répondu à une série de questionnaires avant de commencer la thérapie : l'échelle HADS complète (anxiété et dépression)<sup>18</sup>, l'inventaire somatique de Bradford (BSI)<sup>19</sup>, l'échelle de l'OMS pour l'évaluation du handicap (WHODAS 2.0) et un questionnaire d'évaluation médico-économique de la TCCca.

Nous avons formé six thérapeutes, dont trois à la TCCca et trois à la TCC standard. Deux de ces thérapeutes étaient d'origine sud-asiatique. Pour parer à toute possibilité de communication inter-groupes, les deux formations ont été dispensées séparément.

Soixante-quinze participants ont été assignés de manière aléatoire au groupe TCCca et 71 au groupe TCC standard, les deux groupes devant suivre une thérapie de 8 à 12 semaines. Au bout de 12 semaines, les participants ont été invités à remplir de nouveau les mêmes questionnaires ainsi que l'échelle de satisfaction VSSS (Verona Service Satisfaction Scale)<sup>20</sup> et l'échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique WAI (Working Alliance Inventory – version client)<sup>21</sup>. Puis, 36 semaines après le début de l'étude, les participants ont été invités à remplir la même série de questionnaires qu'en début d'étude<sup>21</sup>.

Pour éviter tout biais involontaire, les membres du personnel de recherche – soit l'analyste, l'assistante et le statisticien – n'ont pas été informés du groupe auquel les participants avaient été affectés.

### Profil démographique des participants

Environ 81 % des participants étaient de sexe féminin et 18 % de sexe masculin, et une personne s'est identifiée comme non-binaire. L'âge moyen des participants était de 30,7 ans (Tableau 4).

**Tableau 4** Sexe et âge moyen des participants (n = 146)

Sexe	Fréquence (%)		
	TCCca (n = 75)	TCC standard (n = 71)	Total (n = 146)
<b>Féminin</b>	62 (82,7 %)	57 (80,3 %)	<b>119 (81,5 %)</b>
<b>Masculin</b>	13 (17,3 %)	14 (19,7 %)	<b>26 (18,5 %)</b>
<b>Non-binaire</b>	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)	<b>1 (0,68 %)</b>
<b>Âge moyen (écart type)</b>	29,9 (9,4)	31,5 (10,7)	<b>30,7 (10,0)</b>
<b>Âge minimum - maximum</b>	18-62 ans	19-63 ans	<b>18-63 ans</b>

L'annexe A présente une ventilation plus détaillée des données démographiques, de l'orientation sexuelle et de l'affiliation religieuse ou spirituelle des participants.

## Résultats primaires de la phase 2

### **Échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique WAI (Working Alliance Inventory) – version client-e et version thérapeute**

À l'issue du traitement, tant les clients que les thérapeutes des groupes TCCca et TCC standard ont répondu au questionnaire WAI, qui mesure trois aspects essentiels de l'alliance thérapeutique :

#### Tâches

accord sur les tâches thérapeutiques



#### Objectifs

accord sur les objectifs thérapeutiques



#### Liens

établissement de liens fructueux entre client-e et thérapeute

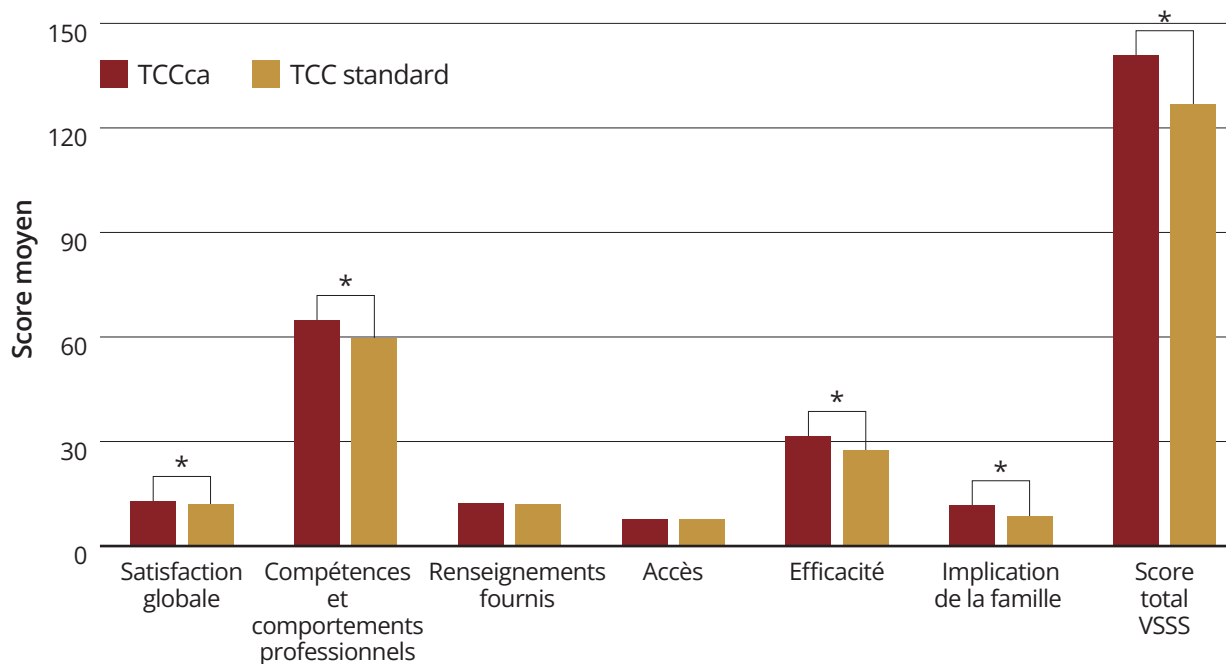


Le score global et le score Lien au WAI – version client-e du groupe TCCca ont été significativement plus élevés que ceux du groupe TCC. De surcroît, le score global ainsi que les scores aux trois sous-échelles du WAI – version thérapeute (Tâches, Objectifs et Liens) ont été significativement plus élevés dans le groupe TCCca.

### **Échelle de satisfaction VSSS (Verona Service Satisfaction Scale)**

Les scores à l'échelle de satisfaction VSSS ont montré que la satisfaction globale des participants à l'égard des séances de thérapie, du professionnalisme des thérapeutes en termes de compétences et de comportements, de l'efficacité de la thérapie et de la démarche thérapeutique, et de l'implication de la famille étaient tous significativement plus élevés dans le groupe TCCca que dans le groupe TCC standard, ce qui s'est reflété dans le score total VSSS (Figure 1).

**Figure 1** Phase 2 : Échelle de satisfaction VSSS



\* différence significative entre les deux groupes,  $p < 0,05$

La satisfaction des participants inscrits au groupe TCCca est étayée par les commentaires ci-dessous (Tableau 5). Les participants ont apprécié que les thérapeutes soient sensibilisés à la dimension culturelle, car cela leur a évité de perdre du temps à expliquer leur culture, compte tenu du nombre limité de séances.

**Tableau 5** Phase 2 : Réponses données par les participants à l'échelle de satisfaction VSSS

<p>► « C'était vraiment agréable de dialoguer avec [la/le thérapeute]. [Elle/Il] a compris l'aspect culturel de mes problèmes et [elle/il] s'est montré-e secourable et compatissant-e. »</p>
<p>► « [La/Le thérapeute] comprenait vraiment ce que je ressentais et je savais que je me sentirais plus sûr-e de moi après chaque séance – alors que j'avais fait l'essai des outils de la TCC par moi-même et que j'éprouvais toujours de l'anxiété. Excellente conseillère / Excellent conseiller – qui m'a appris des tas de choses, qui m'a beaucoup aidé-e, qui m'a témoigné de l'empathie, qui [m'a écouté-e sans me juger et qui s'est [toujours] montré-e positive/positif. »</p>
<p>► « J'ai eu des entretiens [individuels] et [on m'a] fourni de la documentation adaptée à mes besoins. En tant que musulmane, je cherchais des renseignements sur les services offerts [pour ma santé mentale] tout en continuant à pratiquer ma religion. »</p>
<p>► « J'ai trouvé les services de santé mentale très professionnels. [Ma/Mon thérapeute] connaissait bien [son métier] et a su s'adapter à mes besoins, à ma situation, à mes limites et à mes traumatismes. [Elle/Il] m'a encouragé-e comme j'en avais besoin, mais [sans me brusquer], en respectant mes besoins, mon rythme et mes limites. J'ai toujours eu l'impression d'être aux commandes... [La/Le thérapeute] connaissait la culture et pouvait comprendre – je n'ai pas eu besoin de passer du temps à lui expliquer ma culture ou la réalité des persécutions historiques et culturelles. »</p>



Les participants ont trouvé que la TCCca répondait bien à leurs besoins, c'est-à-dire qu'elle était adaptée à leur rythme et qu'elle les avait aidés à affermir leur religion et leurs valeurs spirituelles, lorsque c'était nécessaire. De fait, même si l'accent était mis sur la culture, la religion a aussi été abordée dans le manuel sur la TCCca, car culture et religion sont inextricablement liées en Asie du Sud. Les réponses aux questionnaires VSSS et WAI ont montré que la participation et la satisfaction à l'égard de la thérapie avaient été plus élevés dans le groupe TCCca que dans le groupe TCC standard.

Pour les résultats secondaires (mesurés par les échelles HADS, BSI et WHODAS 2.0), le groupe TCCca a obtenu des résultats inférieurs à ceux du groupe TCC standard pour toutes les mesures de symptômes. Les participants du groupe TCCca ont connu une réduction de leurs symptômes, mais cette réduction n'était pas statistiquement significative. Une analyse plus poussée des scores à la sous-échelle HADS – Dépression a révélé que les personnes originaires d'Asie du Sud nées au Canada qui avaient été inscrites dans le groupe TCCca avaient connu une amélioration plus marquée de leur santé mentale que celles qui avaient été inscrites dans le groupe TCC standard, la différence approchant la signification statistique. Cette différence entre groupes de traitement n'a pas été observée chez les Sud-Asiatiques non nés au Canada, ce qui semble indiquer que la TCCca serait plus largement acceptée parmi les personnes originaires d'Asie du Sud nées au Canada. Une ventilation des résultats secondaires est présentée à l'annexe B.

### Évaluation médico-économique de la TCCca : Recours aux services de santé

En moyenne, lors du suivi post-thérapeutique à 12 semaines, l'état de santé auto-évalué par les participants du groupe TCCca, tel que mesuré à l'aide de l'échelle visuelle analogique EQ VAS22, a été meilleur que celui des participants du groupe TCC standard. Cependant, lors du suivi à 36 semaines, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

Les participants des deux groupes ont consulté des conseillers spirituels à propos de leurs émotions et de leur santé mentale. Il convient d'indiquer que les personnes du groupe TCCca avaient signalé, en début d'étude, un nombre de consultations de conseillers spirituels supérieur à celui signalé dans le groupe TCC standard. Il est indéniable que les personnes d'origine sud-asiatique recherchent un soutien en matière de santé mentale auprès de conseillers religieux et spirituels en dehors des soins de santé mentale dits « traditionnels », ce qui montre la nécessité d'intégrer ce type de soutien aux psychothérapies conventionnelles. Le recours à des conseillers religieux et spirituels va dans le sens de la TCCca, qui encourage les clients à se rapprocher de guérisseurs religieux et spirituels pour accompagner la thérapie et examiner les croyances qui pourraient être fondées sur leur interprétation de la religion.

Lors du suivi à 12 semaines, les membres du groupe TCCca avaient consulté beaucoup moins de psychiatres, psychologues et autres médecins que les membres du groupe ayant suivi une TCC standard, comme l'indiquaient leurs réponses au questionnaire d'évaluation médico-économique. Ce résultat est encourageant, car il montre que la TCCca réduit le recours aux services de santé.

Bien que nous ayons dérogé à notre protocole de recrutement et de traitement en recourant exclusivement à une plateforme virtuelle pendant la pandémie de COVID-19, la réponse de recrutement et le taux de rétention ont été élevés, ce qui démontre la faisabilité de la TCCca.

En conclusion, pour toutes les mesures de symptômes, les participants du groupe TCCca ont obtenu des scores inférieurs à ceux du groupe TCC standard. À l'issue de la thérapie, les personnes ayant suivi la TCCca ont fait état d'une plus grande satisfaction, d'une plus grande participation et d'un recours moins élevé à des consultations pour raisons de santé; de plus, leur auto-évaluation de leur état de santé était meilleure que celle des personnes ayant suivi la TCC standard.

La combinaison des tendances révélées par les analyses primaire et secondaire indique des résultats prometteurs quant à la faisabilité et la recevabilité de la TCCa et à la participation au traitement. D'autres travaux devront être entrepris dans le cadre d'un essai de plus grande envergure.

### **Phase 3 : Mise en œuvre et évaluation de la TCCa**

L'objectif de la recherche à ce stade de la collecte de données était de déterminer si la formation à la TCCa nouvellement développée améliorerait la compétence interculturelle, les connaissances et la sensibilisation des thérapeutes pratiquant déjà la TCC.

Des thérapeutes non inclus dans les phases précédentes de l'étude ont été formés à la TCCa. Le manuel sur la TCCa leur avait été fourni pour examen avant la séance de formation. Le chercheur principal et les thérapeutes qui avaient dispensé la TCCa lors de la phase 2 ont conçu et animé une séance de formation d'une demi-journée.

Les participants à la Phase 3 ont été recrutés par l'intermédiaire des organismes partenaires, d'autres organismes communautaires et via le bouche-à-oreille. Pour être admissibles, les candidats devaient être des professionnels de la santé mentale formés à la TCC et avoir au moins un an d'expérience dans la pratique de cette thérapie.

Au cours de cette phase de l'étude, on a demandé aux apprenants de remplir deux questionnaires avant et après la formation afin de mesurer leur acquisition de nouvelles connaissances et compétences, ainsi que leur satisfaction à l'égard de la formation. L'un de ces questionnaires était l'échelle MCKAS (Multicultural Counseling Knowledge and Awareness Scale)<sup>23</sup>, un questionnaire à 32 items portant sur l'auto-perception des connaissances relatives au counseling multiculturel. L'autre était un questionnaire interne sur les connaissances, basé sur les notions constitutives de la thérapie culturellement adaptée de la phase 1 de l'étude. Les participants ont également été invités à indiquer leur satisfaction globale à l'égard de la formation après avoir lu le manuel et assisté à la séance virtuelle d'une demi-journée.

Les réponses aux questionnaires post-formation ont montré une augmentation significative des connaissances des thérapeutes pour ce qui était du counseling multiculturel (11 points) ainsi que pour les connaissances générales et la conscientisation (12 points). Une augmentation significative (37 %) de la connaissance du cadre de Southampton pour l'adaptation culturelle de la TCC a également été constatée à l'issue de la formation (4,5 points), et la satisfaction moyenne post-formation a été de 91,66 %. (Annexe C, Tableau 6).

#### **Données qualitatives de la phase 3**

Pour obtenir des commentaires détaillés sur le manuel et la formation d'une demi-journée aux fins d'amélioration, on a interrogé 13 thérapeutes.

Des extraits de transcriptions ont été sélectionnés pour illustrer les principaux aspects que les thérapeutes avaient trouvé utiles tant dans le manuel que dans la formation en ligne. (Annexe C, Tableaux 4 et 5).

Ces aspects étaient les suivants :

- ▶ confidences anodines en tant que technique utile et culturellement adaptée
- ▶ diversité des populations d'origine sud-asiatique
- ▶ réactions positives aux techniques thérapeutiques dirigistes
- ▶ recours à des guérisseurs religieux

Des modifications ont été apportées au matériel de transfert de connaissances sur la base des commentaires reçus. À titre d'exemple, nous avons intégré les commentaires indiquant l'importance de ne pas faire de généralisations au sujet de la population sud-asiatique, en raison de sa grande diversité. Les illustrations du manuel ont donc été conçues pour représenter des Sud-Asiatiques d'origines diverses, vêtus de façon traditionnelle et non traditionnelle. Sur la base des recommandations des participants, nous avons également réalisé des vidéos de formation pour accompagner le manuel et enrichir l'expérience des thérapeutes suivant une formation sur la TCCa. (Voir l'annexe D pour plus de détails).

## 4<sup>e</sup> partie : Réflexions et recommandations

Pour Joseph Betancourt et ses collègues, la compétence culturelle est la capacité des prestataires et des organismes à fournir des services de santé efficaces qui répondent aux besoins sociaux, culturels et linguistiques des patients<sup>24</sup>. La diversité croissante de la population canadienne a été à la fois une source de difficultés et l'occasion, pour les fournisseurs de soins, les systèmes de santé et les décideurs politiques du Canada, de fournir des services culturellement adaptés et de former des professionnels à cet effet. En optant pour un système de soins culturellement adaptés, on pourrait améliorer la qualité des soins et éliminer les disparités raciales et ethniques dans le domaine de la santé<sup>25</sup>. L'essai pilote sur la TCCa, qui employait des méthodes de recherche mixtes, visait à mesurer la faisabilité, la recevabilité et l'efficacité de la TCCa nouvellement développée. Bien que de taille modeste, cet essai a produit des scores de satisfaction élevés de la part des participants qui ont participé à la phase randomisée contrôlée. Il a aussi fait l'objet de commentaires positifs, tant de la part des personnes qui ont suivi une TCCa que de la part des thérapeutes qui ont reçu une formation sur cette thérapie. Cependant, si l'essai pilote a montré la faisabilité de la TCCa, les résultats secondaires n'ont pas été statistiquement significatifs.

Lors du recrutement de la phase 2, on a proposé des services d'interprétariat en différentes langues d'Asie du Sud aux participants potentiels à l'étude, mais ils n'ont pas souhaité se prévaloir de ces services. Leur réticence était probablement due aux sentiments de stigmatisation et de honte liés à la maladie mentale, qui auraient pu être exacerbés par la présence d'une tierce personne lors des séances. L'intervention d'interprètes a également pu augmenter les craintes des participants au niveau de la confidentialité, et ceux-ci redoutaient peut-être aussi qu'elle n'interfère avec l'établissement de relations de confiance et l'implication des clients, qui jouent un rôle majeur dans le processus thérapeutique.

Les problèmes liés à la langue et à la communication peuvent aussi générer, chez les patients, un sentiment d'insatisfaction, une mauvaise compréhension des soins et un manque de fidélité au traitement, et se traduire par des résultats médiocres. Des chercheurs américains ont montré que les Latinos hispanophones étaient moins satisfaits des soins qu'ils recevaient et plus nombreux que les anglophones à faire état de problèmes généraux liés à leurs soins<sup>26</sup>. Soulignons que le type de services d'interprétation a une incidence significative sur la satisfaction des patients. Une étude comparant différents types de prestations a révélé que les personnes qui recevaient des soins médiés par les services d'interprètes professionnels étaient aussi satisfaites que celles dont les prestataires de soins parlaient leur langue<sup>27</sup>. En revanche, les personnes qui demandaient à des membres de leur famille ou à d'autres personnes non qualifiées (infirmières, employés de bureau, techniciens, etc.) de faire office d'interprètes étaient moins satisfaites de leurs consultations<sup>27</sup>.

Au cours de la phase de recrutement, WhatsApp et le bouche-à-oreille se sont avérés être les moyens les plus utiles d'augmenter le nombre de participants. L'emploi de la technologie pour communiquer, inciter les gens à participer et maintenir le contact pour le suivi a été extrêmement utile, et a suscité des réponses rapides<sup>28</sup>. De nombreux participants ont indiqué que le recours au virtuel leur avait facilité l'accès à la thérapie. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, contrairement aux essais cliniques traditionnels qui imposent de lourdes contraintes en termes de temps et de frais de déplacement, voire de garde d'enfants, les rendez-vous étaient faciles à planifier<sup>28</sup>.

L'une des principales conclusions de la recherche a été que la formation sur la TCCa pouvait être profitable aux thérapeutes de toutes les cultures. Tout le monde peut apprendre à fournir des soins adaptés à la culture des personnes d'origine sud-asiatique.

## Répercussions de la COVID-19

En mars 2020, l'OMS a déclaré l'état de pandémie en raison de la propagation mondiale de la COVID-19. Alors que le nombre de cas commençait à augmenter en Ontario, la province a imposé des mesures de confinement pour freiner la propagation du nouveau virus. À CAMH, toutes les activités de recherche, y compris notre étude, ont été temporairement suspendues et des mesures ont dû rapidement être mises en place pour que ces activités puissent reprendre en dépit de la pandémie. Pour les activités de recherche qui se déroulaient normalement en personne, il a fallu passer au virtuel, ce qui nous a obligés à modifier le mode de collecte des données.

**Pour la phase 1 de la TCCa**, il était initialement prévu d'organiser 15 groupes de discussion en personne et de 8 à 10 entretiens individuels en personne. Toutefois, en raison des lignes directrices nouvellement adoptées pour lutter contre la pandémie, il nous a semblé qu'il serait plus pratique de recueillir des données par le biais d'entretiens virtuels individuels. Les objectifs de recrutement ont également été revus à la baisse pour éviter d'allonger indûment la durée du projet tout en réunissant un nombre suffisant de participants. Notre objectif était d'interroger 80 membres de la communauté sud-asiatique. Après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de CAMH pour poursuivre nos activités de recherche virtuelles, nous avons mené des entretiens en ligne. En décembre 2020, alors que nous avons réalisé 42 entretiens, notre analyse qualitative a montré qu'aucune thématique supplémentaire n'avait été découverte et que la saturation des données avait été atteinte. Nous avons donc décidé de ne pas recruter d'autres participants comme prévu initialement, surtout au vu des retards accumulés en raison de la pandémie.

**Pour la phase 2 (essai pilote sur la faisabilité de la TCCa)**, les protocoles virtuels des activités de recherche étaient toujours en place à CAMH et dans nos organismes partenaires. Nous sommes donc passés au virtuel pour le recrutement, la collecte de données et les séances de thérapie dans le cadre de l'essai randomisé contrôlé. En recourant principalement aux médias sociaux, nous avons atteint sans encombre nos objectifs de recrutement.

La plupart des participants à la phase 2 ont déclaré qu'ils avaient apprécié la thérapie en ligne, parce qu'il leur était facile de prendre des rendez-vous et que les séances chez eux étaient pratiques et occasionnaient moins de conflits avec leurs obligations familiales et professionnelles. Toutefois, certains participants ont trouvé que la thérapie en ligne les avait empêchés d'être totalement ouverts avec leur thérapeute. D'autres ont eu du mal à s'isoler pour les consultations. Enfin, certains participants se sont sentis déconnectés pendant les séances de thérapie en ligne, comme s'ils n'étaient pas vraiment « là ».

**Pour la phase 3 (mise en œuvre et évaluation de la TCCca)**, le recrutement de nouveaux thérapeutes et la séance de formation se sont faits de manière entièrement virtuelle. Les séances de formation en ligne et l'administration de la recherche nous ont demandé davantage de coordination pour nous adapter aux horaires des participants et atteindre notre objectif de recrutement; en revanche, avec les séances virtuelles, la question du lieu de résidence ne se posait pas, ce qui a permis à des thérapeutes de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario de suivre la formation. Le caractère virtuel de l'étude offrait une plus grande flexibilité, puisque pour y participer, il n'était pas nécessaire de se trouver à proximité des bureaux de l'un des sites partenaires, comme cela aurait été le cas pour les séances en personne.

## Difficultés et réussites

Lors de la réalisation de cette étude, nous avons connu des difficultés mais aussi des réussites. En raison de notre recrutement virtuel, les personnes qui n'étaient pas à l'aise avec la technologie ou qui n'avaient pas accès à internet ou à un appareil pour s'y connecter étaient automatiquement exclues. De notre côté, nous avons eu quelques difficultés à assurer le suivi des participants exclusivement par courrier électronique et par téléphone. En outre, certains participants ont rencontré des problèmes avec la plateforme lorsqu'ils ont voulu répondre aux questionnaires de l'étude, ce qui prouve que la technologie peut constituer un obstacle.

Cependant, malgré ces difficultés, notre étude a été réalisée à un moment très opportun. En effet, en raison des disparités en matière de santé mentale au sein des communautés racialisées, qui ont été exacerbées par la pandémie de COVID-19, des soins culturellement appropriés, dispensés avec doigté, sont plus que jamais nécessaires pour que ces communautés puissent recevoir des services adaptés à leurs besoins particuliers.

Les réactions favorables et le soutien que nous avons reçus dès le début de ce projet ont confirmé le besoin pressant de cette forme adaptée de soins de santé mentale pour la communauté sud-asiatique. Au cours de la phase 2, nous avons dépassé nos objectifs de recrutement et reçu des réponses de partout au Canada, ce qui montre bien que les Canadiens d'origine sud-asiatique sont prêts à prendre leur santé mentale en main en recherchant activement une aide professionnelle. Les résultats de l'étude en matière de faisabilité et de recevabilité ont montré que la TCCca était vue favorablement par les Canadiens d'origine sud-asiatique, qui ont indiqué des taux de satisfaction élevés. Dans leurs réponses au questionnaire d'évaluation médico-économique, les participants au groupe TCCca ont déclaré un nombre moindre de visites dans des cliniques et cabinets médicaux, pour tous les types de problèmes de santé, que les participants au groupe TCC standard. Les résultats de la TCCca s'étaient maintenus après 36 semaines de suivi. Les personnes qui avaient bénéficié de cette thérapie ont déclaré un nombre inférieur de visites chez le psychiatre pour des raisons de santé mentale que les participants au groupe TCC standard.

Étant donné la grande diversité de la communauté d'origine sud-asiatique au Canada, il ne fait aucun doute que les thérapeutes s'apercevront que les maladies mentales y sont vécues et décrites de diverses manières. Les meilleures pratiques de soins doivent être déterminées en collaboration avec la communauté locale. Les professionnels de la santé mentale originaires d'Asie du Sud ne sont pas les seuls à prodiguer des soins adaptés aux membres de leur communauté. D'ailleurs, de nombreux participants d'origine sud-asiatique ont indiqué qu'ils préféreraient consulter des professionnels de la santé mentale extérieurs à leur communauté. Ceci concorde avec les résultats de notre étude, qui semblent indiquer que des professionnels de la santé mentale de différentes origines peuvent offrir des soins culturellement appropriés aux personnes originaires de l'Asie du Sud.

Il faudra faire de nouvelles recherches pour tester l'efficacité de la TCCca par rapport à la TCC standard dans un cadre non virtuel. Une bonne partie des participants à l'étude s'étant présentés d'eux-mêmes à l'étude, cela pourrait indiquer une forte motivation, qui pourrait permettre la conduite d'une étude naturalistique. Le manque d'homogénéité de notre échantillon – composé de participants nés à l'étranger et d'autres au Canada – indique que la TCCca devrait également être testée sur des échantillons plus larges et plus homogènes afin de mieux cerner les facteurs prédictifs de la réponse à l'intervention. Il serait également intéressant d'étudier l'adaptation culturelle d'autres formes de psychothérapie que la TCC pour en déterminer les avantages.

En conclusion, la TCCca devrait être étendue à tous les groupes racialisés du Canada, car elle favorise l'accès aux soins et fait appel à une conscientisation et une compétence culturelles qui peuvent être transposées à d'autres cultures. Il existe un besoin de soins de santé mentale sensibles à la culture et fondés sur des données probantes, car il est urgent d'éliminer les obstacles, visibles et invisibles, rencontrés par les personnes appartenant aux communautés les plus marginalisées et les plus négligées du Canada. Les résultats préliminaires de cette étude plaident en faveur de la TCCca et justifient l'élaboration de mécanismes de mise en œuvre de cette thérapie à plus grande échelle.

**Tableau 6** Principales leçons à retenir de l'essai randomisé contrôlé (ERC) sur la TCCca

<p><b>Problèmes rencontrés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>En raison de la nature virtuelle de l'étude, il a été difficile de communiquer avec les personnes intéressées et d'effectuer un suivi. De plus, les participants ont éprouvé des difficultés avec la technologie.</i></li> <li>▶ <i>Le besoin de services de santé mentale culturellement adaptés est grand et il faudra que nos recherches se traduisent par des mesures concrètes pour y répondre.</i></li> </ul>
<p><b>Réussites enregistrées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Taux élevés de réponses aux suivis et de rétention des participants.</i></li> <li>▶ <i>Satisfaction des participants du groupe TCCca et satisfaction des thérapeutes qui ont suivi la formation sur la TCCca.</i></li> <li>▶ <i>Grand intérêt pour la TCCca tout au long de l'étude.</i></li> </ul>
<p><b>Enseignements tirés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Obstacles à la communication dus au refus d'interprètes (les participants craignant que leur présence ne les mette mal à l'aise).</i></li> <li>▶ <i>Succès des méthodes de recrutement auprès du public – dont WhatsApp et le bouche-à-oreille.</i></li> <li>▶ <i>Le recours au virtuel a amélioré l'accessibilité pour certains participants, mais a constitué un obstacle pour d'autres qui ne disposaient pas d'un endroit privé pour les consultations.</i></li> <li>▶ <i>La TCCca peut être employée avec succès par tous les prestataires de soins de santé mentale, quelle que soit leur origine ethnique ou leur appartenance raciale.</i></li> </ul>



# Références bibliographiques

1. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Cognitive-Behavioural Therapy for People of Latin American Origin: A Manual for Enhancing the Effectiveness of CBT for People of Latin American Origin in Canada*, [En ligne], [[https://www.porticonetwork.ca/documents/43843/277768/CBT-English\\_Spanish.pdf/4d12e7c2-e749-474b-b258-a7b620ac0470](https://www.porticonetwork.ca/documents/43843/277768/CBT-English_Spanish.pdf/4d12e7c2-e749-474b-b258-a7b620ac0470)], 2011.
2. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Mental Illness and Addiction: Facts and Statistics*, [En ligne], [<https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics>], 2016 (Consulté le 2 novembre 2022).
3. Statistique Canada. *Le recensement canadien, un riche portrait de la diversité ethnoculturelle et religieuse au pays*, [En ligne], [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026b-fra.htm>], 2021 (Consulté le 18 novembre 2022).
4. Islam, Farah, Nazilla Khanlou et Hala Tamim. « South Asian populations in Canada: Migration and mental health », *BMC Psychiatry*, vol. 14, n° 154, 2014.
5. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *CAMH to create new mental health supports for South Asian communities*, [En ligne], [[www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/camh-to-create-new-mental-health-supports-for-south-asian-communities](http://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/camh-to-create-new-mental-health-supports-for-south-asian-communities)] (Consulté le 16 janvier 2023).
6. Aggarwal, Neil Krishan, Madhumitha Balaji, Shuba Kumar, Rani Mohanraj, Atif Rahman A, Helena Verdeli et autres. « Using consumer perspectives to inform the cultural adaptation of psychological treatments for depression: A mixed methods study from South Asia », *J Affect Disord.* vol. 163, n° 100, 2014, p. 88-101.
7. David, Daniel, Ioana Cristea et Stefan G. Hofmann. « Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy », *Front Psychiatry*, vol. 9, 2018.
8. Bernal, Guillermo, Maria I. Jiménez Chafey et Melanie M. Domenech Rodríguez. « Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice », *Prof Psychol Res Pract*, vol. 40, n° 4, 2009, p. 361-368.
9. Canada.ca. *Événements marquants de l'histoire des Canadiens d'origine asiatique*, [En ligne], [<https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/mois-patrimoine-asiatique/evenements-importants.html>] (Consulté le 28 octobre 2022).
10. Canada Immigration News. *Immigration has greatly increased number of Canadians who speak a South Asian language*, [En ligne], [<https://www.cicnews.com/2022/08/immigration-has-greatly-increased-number-of-canadians-who-speak-a-south-asian-language-0830159.html#gs.h2walp>] (Consulté le 28 octobre 2022).

11. Atkinson, Paul, Amanda Coffey, Sara Delamont, John Lofland et Lyn Lofland. *Handbook of Ethnography*, SAGE Publications, 2012.
12. Creswell, John W., et J. David Creswell. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, SAGE Publications, 2018.
13. Hammersley, Martyn, et Paul Atkinson. *Ethnography: Principles in Practice*, New York, Tavistock Publications, 1983, 273 pages.
14. Morse, Janice M., et Peggy-Anne Field. *Nursing research: The application of qualitative approaches*, 2<sup>e</sup> éd, Londres, Chapman & Hall, 1996.
15. Naeem, Farooq, McGuire N, Kingdon D. *Culturally Adapted CBT (CaCBT) for Depression: Therapy Manual for Use with South Asian Muslims*, Lahore, Pakistan Association of Cognitive Therapists, 2013.
16. Boutron, Isabelle, David Moher, Douglas G. Altman, Kenneth F. Schulz et Philippe Ravaud; CONSORT Group. « Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration », *Ann Intern Med*, vol. 148, n° 4, 2008, p. 295-309.
17. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). *Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada*, 4<sup>e</sup> édition, 2017.
18. Zigmond, Anthony S., et R. Philip Snaith. « The Hospital Anxiety and Depression Scale », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 67, n° 6, 1983, p. 361-370.
19. Mumford, David B., John T. Bavington, Kumud S. Bhatnagar, Yasmin Hussain, S. Mirza et M. M. Naraghi. « The Bradford Somatic Inventory. A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent », *Br J Psychiatry*, vol. 158, 1991, p. 379-386.
20. Ruggeri, Mirella, Antonio Lasalvia, Rosa Dall'Agnola, Bob van Wijngaarden, Helle Charlotte Knudsen, Morven Leese et autres. « Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale--European Version. EPSILON Study 7 », *Br J Psychiatry*, vol. 177, n° S39, 2000, p. S41-S48.
21. Horvath, Adam O., et Leslie S. Greensberg. « Development and validation of the Working Alliance Inventory », *J Couns Psychol*, vol. 36, n° 2, 1989, p. 223-233.
22. EuroQol Research Foundation. EQ-5D – EQ-5D-5L [En ligne], [<https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>], 2019 (Consulté le 16 janvier 2023).
23. Ponterotto, Joseph G., Denise Gretchen, Shawn O. Utsey, Brian P. Rieger et Richard Austin. « A revision of the multicultural counseling awareness scale », *J Multicult Couns Devel*, vol. 30, n° 3, 2002, p. 153-180.
24. Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green et J. Emilio Carrillo. *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches*, The Commonwealth Fund, 2002.
25. Health Policy Institute, Georgetown University. *Cultural Competence in Health Care: Is it important for people with chronic conditions?* [En ligne], [<https://hpi.georgetown.edu/cultural/>], 2017.



26. Lee, Linda J., Holly A. Batal, Judith H. Maselli et Jean S. Kutner. « Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic », *J Gen Intern Med*, vol. 17, n° 8, 2002, p. 641-646.
27. Carrasquillo, Olveen, E. John Orav, Troyen A. Brennan et Helen R. Burstin. « Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department », *J Gen Intern Med*, vol. 14, n° 2, 1999, p. 82-87.
28. mdgroup. *How Technology Boosts Recruitment and Retention Rates in Clinical Trials*, [En ligne], [<https://mdgroup.com/blog/how-technology-boosts-retention-recruitment-in-clinical-trials/>], 2021 (Consulté le 14 décembre 2022)

# Annexe A

## Phase 1 : Données additionnelles

**Tableau 1** Profil démographique des participants

	<b>Personnes affectées par l'anxiété/la dépression (n = 13)</b>	<b>Aidants/proches (n = 9)</b>	<b>Personnes influentes au niveau local (n = 10)</b>	<b>Professionnels de la santé mentale (n = 10)</b>	<b>Total (n = 42)</b>
<b>ÂGE MOYEN</b>					
<b>Moyenne (écart type)</b>	36 (11,5)	42 (11,0)	35 (10,3)	39 (6,4)	<b>38 (10,1)</b>
<b>SEXE</b>					
<b>Féminin</b>	11 (84,6 %)	8 (88,9 %)	9 (90 %)	8 (80 %)	<b>36 (85,7 %)</b>
<b>Masculin</b>	2 (15,4 %)	1 (11,1 %)	1 (10 %)	2 (20 %)	<b>6 (14,3 %)</b>
<b>NÉ·E AU CANADA?</b>					
<b>Oui</b>	7 (54 %)	3 (33,3 %)	7 (70 %)	4 (40 %)	<b>21 (50 %)</b>
<b>Non</b>	6 (46 %)	6 (66,7 %)	3 (30 %)	6 (60 %)	<b>21 (50 %)</b>
<b>HANDICAP<sup>a</sup></b>					
<b>Maladie chronique</b>	2 (15,4 %)	2 (22,2 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	<b>7 (16,7 %)</b>
<b>Maladie mentale</b>	7 (53,8 %)	1 (11,1 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	<b>11 (26,2 %)</b>
<b>Déficiences intellectuelle</b>	1 (7,7 %)	0	0	0	<b>1 (2,4 %)</b>

	Personnes affectées par l'anxiété/la dépression (n = 13)	Aidants/proches (n = 9)	Personnes influentes au niveau local (n = 10)	Professionnels de la santé mentale (n = 10)	Total (n = 42)
<b>HANDICAP<sup>a</sup></b>					
<b>Trouble d'apprentissage</b>	0	0	1 (10 %)	0	<b>1 (2,4 %)</b>
<b>Autre<sup>b</sup></b>	1 <sup>c</sup> (7,7 %)	0	0	0	<b>1 (2,4 %)</b>
<b>Aucun</b>	4 (30,8 %)	6 (67,7 %)	6 (60 %)	8 (80 %)	<b>24 (57,1 %)</b>

<sup>a</sup> Plusieurs réponses pouvaient être données à cette question

<sup>b</sup> Autres handicaps signalés : anxiété chronique et TDAH

<b>NIVEAU D'ÉTUDES</b>					
<b>Diplôme d'études secondaires</b>	1 (7,7 %)	0	0	0	<b>1 (2,4 %)</b>
<b>A fréquenté un collège, mais n'a pas obtenu de diplôme</b>	0	1 (11,1 %)	0	0	<b>1 (2,4 %)</b>
<b>Diplôme d'études collégiales</b>	3 (23,1 %)	0	0	0	<b>3 (7,1 %)</b>
<b>Baccalauréat</b>	5 (38,4 %)	3 (33,3 %)	3 (30 %)	1 (10 %)	<b>12 (28,6 %)</b>
<b>Maîtrise</b>	3 (23,1 %)	5 (55,6 %)	7 (70 %)	8 (80 %)	<b>23 (54,8 %)</b>
<b>Doctorat ou diplôme professionnel</b>	1 <sup>c</sup> (7,7 %)	0	0	0	<b>1 (2,4 %)</b>
<b>Pas de réponse</b>	0	0	0	1 (10 %)	<b>1 (2,4 %)</b>

	Personnes affectées par l'anxiété/la dépression (n = 13)	Aidants/proches (n = 9)	Personnes influentes au niveau local (n = 10)	Professionnels de la santé mentale (n = 10)	Total (n = 42)
<b>REVENU TOTAL DU MÉNAGE</b>					
<b>30 000-39 999 \$</b>	2 (15,4 %)	0	0	1 (10,0 %)	<b>3 (7,1 %)</b>
<b>40 000-59 999 \$</b>	4 (30,8 %)	0	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)	<b>6 (14,3 %)</b>
<b>60 000 \$ ou plus</b>	5 (38,5 %)	7 (77,8 %)	6 (60,0 %)	6 (60,0 %)	<b>24 (57,1 %)</b>
<b>Ne sait pas/ Préfère ne pas répondre</b>	2 (15,4 %)	2 (22,2 %)	3 (30,0 %)	2 (20,0 %)	<b>9 (21,4 %)</b>

**Tableau 2** Sensibilisation et préparation à la thérapie – Déclarations de participants<sup>c</sup>

Thématiques	Déclarations
<p><b>Connaissance de ce qu'est la maladie mentale</b> Si certaines personnes originaires d'Asie du Sud qui vivent au Canada possèdent des notions de base sur la maladie mentale, les participants ont fait état d'une méconnaissance généralisée de la maladie mentale dans la culture sud-asiatique.</p>	<p>« Bon, quand on a un bras cassé, on peut mettre une écharpe et aller chez le médecin pour se faire prescrire des médicaments, mais quand quelqu'un a du mal à se lever le matin ou fait une crise d'angoisse et [a peur] de l'inconnu... on ne peut pas vraiment lui prescrire... un traitement, comme quand on va à l'hôpital pour un bras cassé, non? » (personne touchée par l'anxiété / la dépression, RGT)</p>
<p>Les idées que les personnes d'origine sud-asiatique se font de la maladie mentale sont le reflet de leurs valeurs socioculturelles et religieuses. La superstition a souvent été évoquée au cours des entrevues.</p>	<p>« Il faut tenir compte des différentes valeurs culturelles et de la dynamique au sein de sa culture. Comme la paranoïa ou toutes les superstitions qui existent dans notre culture, le fait que [...] les gens attribuent un pouvoir au mauvais œil ou [croient] qu'on essaie de leur faire du tort ou de les ensorceler ou d'autres choses du même style. » (aidant·e, Vancouver)</p>

<sup>c</sup> Les citations suivantes ont été légèrement modifiées par souci de clarté et de lisibilité.

**Tableau 3** Accès aux services et prestation de soins – Déclarations de participants<sup>c</sup>

Sous-thématiques	Déclarations
<p><b>Stigmatisation</b></p> <p>Les participants ont indiqué que la stigmatisation associée à la maladie mentale continuait à les dissuader de se faire soigner.</p> <p>Les participants ont dit que la stigmatisation se traduisait par le fait de ne pas pouvoir manifester des émotions telles que la colère, la peur ou la tristesse de manière jugée « socialement acceptable ».</p>	<p>« Dans la culture sud-asiatique, les gens hésitent souvent à se faire soigner à cause des tabous et de la stigmatisation [qui entourent la maladie mentale], alors ils souffrent en silence et ils se privent de l'aide dont ils auraient besoin. » (personne touchée par la dépression / l'anxiété, Vancouver)</p> <hr/> <p>« Comment est-ce que je peux exprimer les émotions que je ressens alors qu'elles sont honteuses ou embarrassantes? Et si ça m'expose à la réprobation? » (aidant-e, RGT)</p> <hr/> <p>« [...] il y a des tas de gens qui renoncent à demander de l'aide, dont moi. Pendant très longtemps, je n'ai pas cherché à suivre une thérapie ou à obtenir du counseling, même si je savais que c'était offert, qu'on avait des conseillers scolaires. Je n'ai jamais fait cette démarche parce que j'avais peur "Oh là là! Et si mes parents l'apprennent?"... [et j'avais] peur qu'on me juge... du genre « Pourquoi as-tu besoin d'une thérapie ? Et ça vient d'où, ce stress? Est-ce que tu manques de quoi que ce soit? Pourquoi aurais-tu besoin d'aller voir un thérapeute? » (personne affectée par l'anxiété / la dépression, Vancouver)</p>
<p><b>Rôles sexuels</b></p> <p>Les participants de sexe masculin avaient peur d'être jugés et ridiculisés en public si on apprenait qu'ils suivaient une thérapie.</p>	<p>« Je crois que pour les hommes, la stigmatisation serait encore plus forte [...] Aller voir un thérapeute, ça signifierait qu'ils ont perdu tout contrôle ou qu'ils ne savent pas ce qu'ils font et qu'ils ont besoin d'une aide supplémentaire, [ou alors] qu'ils sont incapables de remplir correctement leur rôle de chef de famille [...]. Quelqu'un d'autre qui leur dirait quoi faire ou comment mieux faire les choses, ça poserait aussi un gros problème pour eux. » (aidant-e, Vancouver)</p>
<p><b>Soins virtuels</b></p>	<p>« ... Je crois que si je n'avais pas beaucoup de clients, c'était à cause de la stigmatisation et parce que les gens ne se sentent pas à l'aise pour consulter sur place, mais quand j'ai commencé à proposer [des consultations] par téléphone ou par vidéo, il y a eu plus de gens qui [ont commencé à] me contacter – simplement, je suppose, parce qu'ils étaient moins gênés de recevoir des services de santé mentale ». (professionnel-le de la santé mentale, RGT)</p>
<p><b>Famille</b></p> <p>La famille joue un rôle déterminant dans la prise de décisions et notamment dans le recours à la thérapie.</p>	<p>« L'autre chose, dans les foyers sud-asiatiques, c'est qu'il arrive que beaucoup de gens vivent sous le même toit... si une personne arrive à suivre une thérapie ou envisage de le faire, il se peut qu'elle ne reçoive pas le soutien dont elle a besoin de la part de toutes les personnes avec qui elle vit. Dans ce cas, je me demande si l'implication de la famille ne risque pas d'être un obstacle [à la thérapie]. » (professionnel-le de la santé mentale, RGT)</p>

**Tableau 4** Évaluation et participation à la thérapie – Déclarations de participants<sup>c</sup>

Sous-thématiques	Déclarations
<p><b>Relations patient·e-thérapeute</b>                      Les thérapeutes de cultures occidentales qui n'étaient pas familiarisés avec les cultures et les valeurs de l'Asie du Sud étaient considérés comme incapables de comprendre les clients de cette région.                      Il faut néanmoins reconnaître que <b>les thérapeutes originaires d'Asie du Sud sont eux aussi susceptibles de méconnaître certains systèmes de pensée de cette région du monde</b>; en effet, elle abrite de nombreuses cultures et il arrive que ces thérapeutes se méprennent sur les valeurs d'une personne. La formation à un modèle de psychologie occidentale peut également influencer sur la pratique des thérapeutes d'origine sud-asiatique.</p>	<p>« Je dirais qu'ayant eu recours (à des services de santé mentale) avant de connaître des organismes sud-asiatiques... une des difficultés que j'ai eues était que, bon, je savais parler la langue, mais la personne que je voyais et qui était blanche ne comprenait pas ma culture. Alors, il y avait comme [...] un blocage constant dans ma thérapie, [il manquait] cette forme de compréhension qui est profondément enracinée dans ma culture. Même si je suis née ici, je suis très attachée à ma culture. Je crois que ma santé mentale en a pris un coup, au début, quand j'ai commencé à recevoir des services de santé mentale parce que je n'avais pas [en face de moi] quelqu'un [qui soit capable de] comprendre qui je suis en tant qu'être humain, en tant que femme et Sud-Asiatique, ma culture. » (personne affectée par l'anxiété / la dépression, RGT)</p> <p>« Même les personnes d'origine sud-asiatique qui cherchent des thérapeutes de la même origine peuvent [s'apercevoir que c'est aussi] un problème parce qu'on nous apprend que dans notre communauté, il ne faut pas parler de ces choses-là... La honte causée la dépression et l'anxiété est énorme à cause de [...] la stigmatisation au sein de notre communauté [qui fait qu'il est difficile] de parler franchement de ce sujet. » (personne affectée par l'anxiété / la dépression, RGT)</p>
<p><b>Compétence culturelle :</b>                      L'abandon du traitement était en partie attribuable au manque de connaissance des professionnels de la santé mentale sur les cultures d'Asie du Sud.</p>	<p>« J'aidais... une femme qui suivait une thérapie avec un·e thérapeute occidental·e. Elle avait été victime de mauvais traitements pendant son enfance et la/le thérapeute essayait de lui faire dire que c'était la faute de ses parents et qu'ils auraient dû la protéger... Cette femme, étant de culture [sud-asiatique], a abandonné la thérapie parce qu'il était hors de question qu'elle rejette la faute sur ses parents... Il est absolument exclu de rejeter la faute sur nos parents. Et on ne cherchera sans doute pas de services [de santé mentale] si c'est ce que ça implique, vous voyez? » (personne influente au niveau local, RGT)</p>

<sup>c</sup> Les citations suivantes ont été légèrement modifiées par souci de clarté et de lisibilité.

Sous-thématiques	Déclarations
<p><b>Religion et spiritualité :</b> Le rétablissement d'une maladie mentale est considéré comme étant étroitement lié à la religion et à la foi religieuse. En tant que telle, la maladie mentale constitue un test : si la personne est très croyante, elle se rétablira. Sinon, ça relève du karma.</p>	<p>« Je trouve que dans notre culture, on s'en remet à la religion pour tout : "Priez et ça passera", "Vous n'avez qu'à prier et vous vous sentirez mieux", "Si vous avez foi en Dieu, ça ira mieux". [...] Je crois que parfois, si on veut suivre une thérapie, on rencontre de la résistance parce que, bon, "C'est le karma et il faut l'assumer" [...] "En quoi est-ce que la thérapie va aider?" Je crois que ce genre de résistance est bien réel. » (aidant·e, RGT)</p>
<p><b>Facteurs ayant favorisé la participation active au traitement :</b> Il a été constaté que le fait d'éduquer la communauté en tenant compte des spécificités culturelles et de veiller à ce que l'information soit bien présente en son sein favorisait la participation des intéressés.</p>	<p>« Je crois qu'en parlant des êtres mythologiques hindous et en trouvant des sortes de correspondances [avec] les malades mentaux ou la maladie mentale et la façon dont elle est représentée dans les écritures hindoues [...] Je trouve que ce genre de choses mettrait les gens beaucoup plus à l'aise et les inciterait à s'impliquer plutôt que d'avoir l'impression de faire quelque chose de répréhensible en allant voir un thérapeute. » (aidant·e, RGT)</p> <p>« [La personne qui dispense le traitement devrait] bien connaître le traumatisme transgénérationnel qui se transmet [...] ou juste [comprendre] la difficulté des échanges ou le manque de frontières personnelles parce que [...] c'est vraiment bizarre quand un conseiller me dit "Oh! Il faudrait peut-être que tu fasses savoir à tes parents quelles sont les limites à ne pas franchir"... Comme si c'était facile avec des parents sud-asiatiques! [...] alors, le fait d'avoir quelqu'un qui comprenne, ça [améliorerait] l'accès au traitement. » (personne touchée par la dépression / l'anxiété, Vancouver)</p>

# Annexe B

## Phase 2 : Données additionnelles

**Tableau 1** Orientation sexuelle des participants

	Fréquence (%)		
	TCCca (n = 75)	TCC standard (n = 71)	Total (n = 146)
<b>ORIENTATION SEXUELLE</b>			
<b>Hétérosexuel·le</b>	64 (85,3 %)	61 (85,9 %)	<b>125 (85,6 %)</b>
<b>Gai</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>0 (0,0 %)</b>
<b>Lesbienne</b>	1 (1,3 %)	2 (2,8 %)	<b>3 (2,1 %)</b>
<b>Bisexuel·le</b>	6 (8,0 %)	3 (4,2 %)	<b>9 (6,3 %)</b>
<b>Queer</b>	1 (1,3 %)	3 (4,2 %)	<b>4 (2,6 %)</b>
<b>Autre</b>	3 (4,0 %)	2 (2,8 %)	<b>5 (3,4 %)*</b>

\* Autre – Commentaires des participants : Je ne sais pas; Je n'aime pas les étiquettes; Je préfère ne pas répondre



**Tableau 2** Affiliation religieuse des participants

	Fréquence (%)		
	TCCca (n = 75)	TCC standard (n = 71)	Total (n = 146)
<b>AFFILIATION RELIGIEUSE</b>			
<b>Hindouisme</b>	12 (16,0 %)	14 (19,7 %)	<b>26 (17,8 %)</b>
<b>Islam</b>	29 (38,7 %)	28 (39,4 %)	<b>57 (39,0 %)</b>
<b>Sikhisme</b>	18 (24,0 %)	15 (21,1 %)	<b>33 (22,6 %)</b>
<b>Bouddhisme</b>	2 (2,6 %)	4 (5,6 %)	<b>6 (4,1 %)</b>
<b>Christianisme</b>	7 (9,3 %)	6 (8,5 %)	<b>13 (8,9 %)</b>
<b>Zoroastrisme</b>	2 (2,6 %)	0 (0,0 %)	<b>2 (1,4 %)</b>
<b>Agnosticisme</b>	5 (6,7 %)	7 (9,9 %)	<b>12 (8,2 %)</b>
<b>Athéisme</b>	1 (1,3 %)	3 (4,2 %)	<b>4 (2,7 %)</b>
<b>Autre</b>	8 (10,7 %)	2 (2,8 %)	<b>10 (6,8 %)*</b>

\* Autre : Je ne sais pas; Je préfère ne pas répondre

**Tableau 3** Pays de naissance des participants

	Fréquence (%)		
	TCCca (n = 75)	TCC standard (n = 71)	Total (n = 146)
<b>Né-e au Canada</b>	<b>31 (41,3 %)</b>	<b>36 (50,7 %)</b>	<b>67 (45,9 %)</b>
<b>Né-e hors du Canada</b>	<b>44 (58,7 %)</b>	<b>35 (49,3 %)</b>	<b>79 (54,1 %)</b>
<b>Afghanistan</b>	1 (1,3 %)	0 (0,0 %)	<b>1 (0,7 %)</b>
<b>Bangladesh</b>	3 (4,0 %)	5 (7,0 %)	<b>8 (5,5 %)</b>
<b>Inde</b>	16 (21,3 %)	10 (14,1 %)	<b>26 (17,8 %)</b>
<b>Népal</b>	1 (1,3 %)	1 (1,4 %)	<b>2 (1,4 %)</b>
<b>Pakistan</b>	17 (22,7 %)	10 (14,1 %)	<b>27 (18,5 %)</b>
<b>Sri Lanka</b>	1 (1,3 %)	5 (7,0 %)	<b>6 (4,1 %)</b>
<b>Autre</b>	4 (5,3 %)	4 (5,6 %)	<b>8 (5,5 %)</b>

**Tableau 4** Séances de thérapie suivies

	Fréquence (%)		
	TCCca (n = 75)	TCC standard (n = 71)	Total (n = 146)
<b>SÉANCES SUIVIES</b>			
<b>De 8 à 12 séances</b>	56 (74,7 %)	50 (66,7 %)	<b>106 (72,6 %)</b>
<b>De 5 à 7 séances (achèvement partiel)</b>	11 (14,7 %)	12 (16,0 %)	<b>23 (15,8 %)</b>
<b>≤ 4 séances (intervention thérapeutique inachevée)</b>	8 (10,7 %)	9 (12,0 %)	<b>17 (11,6 %)</b>

**Tableau 5** Phase 2 de l'essai randomisé contrôlé : suivi après traitement\*

Le taux de réponses lors des suivis à 12 et 36 semaines après le début de l'étude était élevé. Le taux élevé de participation aux séances de thérapie et le taux de réponses lors des suivis pourraient être indicatifs de la faisabilité de la TCCca.

	Fréquence (%)		
	TCCca (n = 75)	TCC standard (n = 71)	Total (n = 146)
<b>Début d'étude</b>	<b>75</b>	<b>71</b>	<b>146</b>
<b>SUIVI 1 POST-THÉRAPIE, 12 SEMAINES APRÈS LE DÉBUT DE L'ÉTUDE</b>			
<b>Achèvement de la thérapie</b>	65 (86,7 %)	57 (80,3 %)	<b>122 (83,6 %)</b>
<b>Achèvement partiel</b>	5 (6,7 %)	3 (4,2 %)	<b>8 (5,5 %)</b>
<b>Thérapie inachevée</b>	5 (6,7 %)	11 (15,5 %)	<b>16 (11,0 %)</b>
<b>SUIVI 2 36 SEMAINES APRÈS LE DÉBUT DE L'ÉTUDE</b>			
<b>Achèvement de la thérapie</b>	67 (89,3 %)	59 (83,1 %)	<b>126 (86,3 %)</b>
<b>Achèvement partiel</b>	2 (2,7 %)	3 (4,2 %)	<b>5 (3,4 %)</b>
<b>Thérapie inachevée</b>	6 (8,0 %)	9 (12,7 %)	<b>15 (10,3 %)</b>

\* 8 participants se sont retirés entre le début de l'étude et le suivi 1

## Résultats secondaires

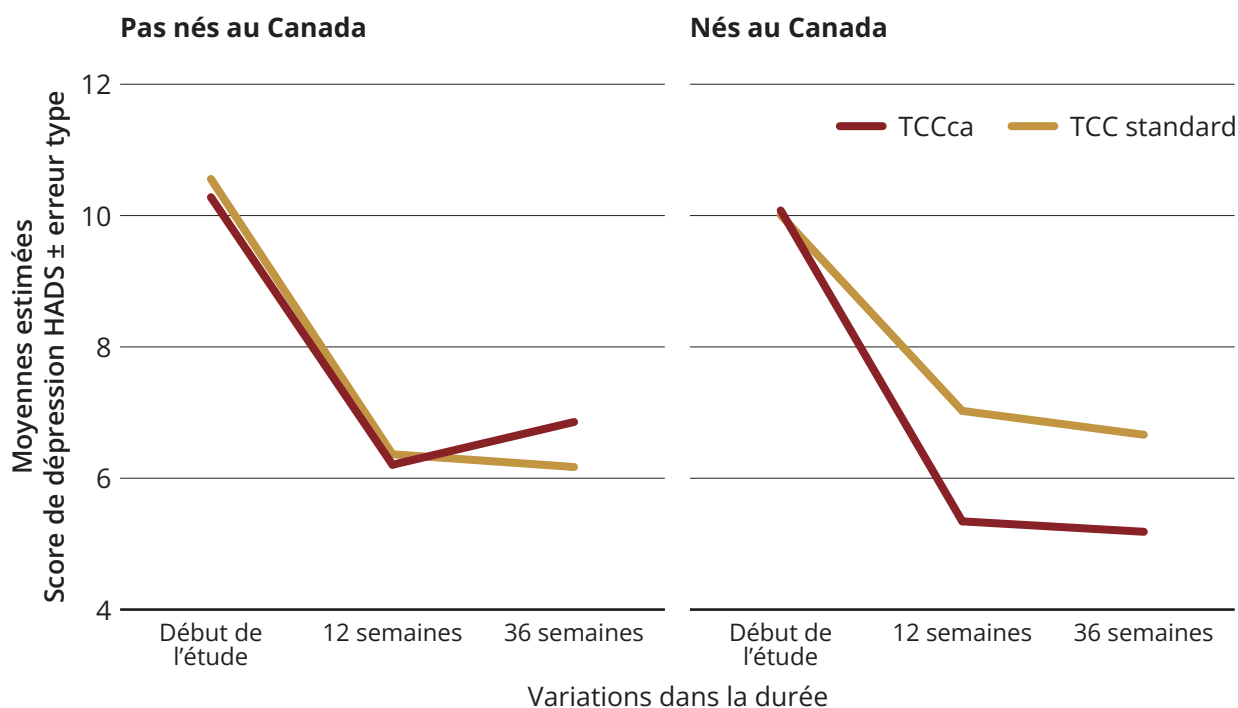
### Score total à l'échelle HADS d'évaluation de l'anxiété et de la dépression

Les participants inscrits au groupe TCCca avaient un score à l'échelle HADS (anxiété et dépression) inférieur à celui des participants du groupe TCC standard, et ce, 12 et 36 semaines après le traitement (figure 1). Toutefois, ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Des résultats similaires ont été observés pour les deux sous-échelles d'anxiété et de dépression.

## HADS – sous-échelle dépression

Notre analyse secondaire des scores à la sous-échelle HADS – dépression a révélé que le lieu de naissance avait une incidence sur les différences de scores entre le groupe TCC standard et le groupe TCCca. Les personnes d'origine sud-asiatique nées au Canada qui avaient été inscrites dans le groupe TCCca ont présenté une amélioration des symptômes dépressifs plus importante que leurs homologues du groupe TCC standard. Cet effet, atteignant presque la signification statistique, est représenté par la figure 1, qui montre que la TCCca est plus efficace pour les symptômes dépressifs que la TCC standard, mais seulement chez les personnes d'origine sud-asiatique nées au Canada.

**Figure 1** Scores à l'échelle HADS d'évaluation de l'anxiété et de la dépression



## Inventaire somatique de Bradford

Le score total moyen à l'inventaire somatique de Bradford (BSI) a été inférieur pour la TCCca à la semaine 12, mais cette tendance avait disparu à la semaine 36 (suivi 2) et la différence avec le groupe TCC standard n'était pas statistiquement significative.

## WHODAS 2.0 – score total

Des résultats similaires ont été observés avec l'échelle de l'OMS pour l'évaluation du handicap (WHODAS 2.0) : le score total moyen pour la TCCca a été inférieur à la semaine 12 (suivi 1), mais cette tendance avait disparu à la semaine 36 (suivi 2) et la différence avec le groupe TCC standard n'était pas statistiquement significative.

# Annexe C

## Phase 3 : Données additionnelles

**Tableau 1** Profil démographique des personnes dispensant la thérapie

Données démographiques	Total = 29
<b>Sexe</b>	
Féminin	21 (72,4 %)
Masculin	8 (27,6 %)
<b>Âge moyen (écart type)</b>	41,34 (10,2)
<b>Âge minimum-maximum</b>	28-59
<b>Nombre moyen d'années d'expérience (écart type)</b>	5,16 (5,4)
<b>Nombre d'années minimum-maximum</b>	1-20

**Tableau 2** Ethnicité des personnes dispensant la thérapie

Ethnicité	Fréquence (n = 29)
Asiatique de l'Est	3 (10,3 %)
Asiatique du Sud	14 (48,3 %)
Asiatique du Sud-Est	1 (3,4 %)
Noir·e d'ascendance africaine	1 (3,4 %)
Noir·e d'ascendance caribéenne	1 (3,4 %)
Ascendance mixte	2 (6,9 %)*
Blanche/Blanc d'ascendance européenne	2 (6,9 %)
Blanche/Blanc d'ascendance nord-américaine	4 (13,8 %)
Je préfère ne pas répondre	1 (3,4 %)

\* Origines mixtes : Noir·e d'ascendance caribéenne et Asiatique du Sud; Blanche/Blanc d'ascendance européenne et Asiatique du Sud

**Tableau 3** Titre des personnes dispensant la thérapie

Titre	Fréquence (n = 29)
Psychothérapeute autorisé·e	3 (10,3 %)
Travailleuse/travailleur social·e autorisé·e	13 (44,8 %)
Conseillère clinicienne /conseiller clinicien autorisé·e	5 (17,2 %)
Gestionnaire de cas	3 (10,3 %)
Psychiatre	1 (3,4 %)
Ergothérapeute	3 (10,3 %)
Autre	1 (3,4 %)*

\* Autre catégorie : personne travaillant dans un refuge

**Tableau 4** Aspects particulièrement utiles du manuel et de la formation sur la TCCca<sup>d</sup>

Commentaires des thérapeutes	Thèmes
« La discussion sur [...] le recours à des guérisseurs spirituels [...] a élargi ma réflexion sur les personnes à associer [au traitement] et [...] la nécessité de dialoguer avec les familles et d'envisager divers modes de communication, en particulier avec les personnes âgées. »	<b>Famille considérée dans son ensemble et inclusion de la famille dans la thérapie et dans le traitement</b>
« Dans la formation, on parle du [style] directif, ce que j'hésitais à faire, [mais] depuis que j'ai suivi la formation, j'ai davantage recours à ce style et ça marche bien pour mes clients. [La partie sur le style directif] était l'une des meilleures parties de la formation. »	<b>Thérapie directive Discussions dirigées par la ou le thérapeute</b>
« Je crois que ce qui a le plus retenu mon attention [...], ce sont les éléments relatifs à l'autorévélation, parce que j'ai réfléchi au fait que c'est quelque chose que je ne faisais pas. [...] J'ai vraiment apprécié cette partie, que je continue à appliquer. »	<b>Révélation par la ou le thérapeute de faits anodins à son sujet Confiance Réflexion Prise de conscience</b>

<sup>d</sup> Les citations suivantes ont été légèrement modifiées par souci de clarté et de lisibilité.

**Tableau 5** Aspects qui, de l'avis des thérapeutes, pourraient être améliorés<sup>d</sup>

Commentaires des thérapeutes	Thèmes
« Je sais bien que... des aspects de l'intersectionnalité... ont été évoqués [dans les exemples de cas...], mais je trouve que ...des exemples de cas supplémentaires et peut-être une [petite] partie du manuel portant là-dessus [l'intersectionnalité], le fait d'avoir de multiples identités et [la complexité] que ça implique [...] seraient vraiment utiles. »	<b>Intersectionnalité Complexité</b>
« Je trouve certaines des illustrations du manuel [...] à la limite [...] du stéréotype [...] Par exemple, je ne montrerais pas ça [feuille de devoirs avec des illustrations de personnes en sherwanis] à mes clients [parce que] je crois bien que certains d'entre eux seraient offusqués... Vous pourriez simplement montrer des images de personnes d'Asie du Sud habillées à la manière dite occidentale. »	<b>Stéréotypes Diversité Acculturation</b>

<sup>d</sup> Les citations suivantes ont été légèrement modifiées par souci de clarté et de lisibilité.

**Tableau 6** Résultats des questionnaires quantitatifs

	<b>Différence moyenne (post-pré)</b>	<b>Écart type de la différence des moyennes</b>	<b>Significativité (test bilatéral)</b>	<b>Ampleur de l'effet (différence standardisée de Cohen)</b>
<b>Sous-échelle MCKAS - Connaissance</b>	11,000	12,997	< 0,001**	0,846
<b>Sous-échelle MCKAS - Sensibilisation</b>	0,966	6,587	0,437	0,147
<b>Score total MCKAS</b>	11,966	14,836	< 0,001**	0,807
<b>Score total à l'échelle interne Connaissance</b>	4,448	3,747	< 0,001**	1,187

\*\* p < 0,05

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Écart type</b>
<b>Taux de satisfaction à l'égard de la formation (%)</b>	70	100	91,66	8,213



# Annexe D

Les documents relatifs à l'étude sont affichés sur le site Web de CAMH, sous [www.camh.ca/cacbt](http://www.camh.ca/cacbt).

Il s'agit des documents suivants :

- ▶ **un manuel sur la TCCca**, qui donne aux professionnels de la santé mentale des outils pour la mise en pratique de cette forme de TCC
- ▶ **des vidéos de formation**, qui complètent le manuel et enrichissent l'expérience des apprenants. Les vidéos contiennent des scénarios de jeux de rôle, des activités didactiques et un résumé des notions abordées dans le cadre de la TCCca.
- ▶ **un document d'une page destiné aux professionnels de la santé mentale**, qui contient des précisions sur la TCCca, ainsi que des commentaires d'utilisateurs de services et de professionnels de la santé mentale. Ce document est publié en français et en anglais.
- ▶ **un document de deux pages destiné aux usagers des services de santé mentale**, qui leur explique ce qu'ils peuvent attendre de la TCCca. Ce document existe uniquement en anglais et dans plusieurs langues parlées en Asie du Sud. Il n'a pas été traduit en français.

Pour toute question, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante : [cbt-sa@camh.ca](mailto:cbt-sa@camh.ca).

