

Quelle place pour les parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes ? Perspectives des personnes intervenantes sociales au Québec

Par
Nusha Birdjandi

Mémoire déposé à
L'École de travail social
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sous la direction de la professeure Stéphanie Garneau

Université d'Ottawa
Janvier 2024

REMERCIEMENTS

Un immense merci aux personnes intervenantes qui ont participé à mon projet de mémoire. Vos expériences de terrain et vos réflexions ont donné à cette recherche sa richesse et son sens. Vous avez toute mon admiration pour votre dévouement et votre travail auprès de jeunes et de parents vulnérabilisés.

Je souhaite également remercier mes proches pour leur soutien indéniable, et ce depuis le début de mes études universitaires.

Merci à Jacynthe Mayer pour sa bienveillance et son appui tout au long de mes stages à la maîtrise.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à ma superviseuse Stéphanie Garneau. Je la remercie pour sa disponibilité, pour les connaissances qu'elle m'a transmises et pour la confiance qu'elle m'a accordée. Elle a su renforcer mon intérêt pour la recherche.

RÉSUMÉ

Une sous-utilisation des services de soutien en santé mentale au Québec par les jeunes d'origine immigrante est observée. La difficulté à engager les parents immigrants et leurs jeunes dans l'intervention est considérée comme un facteur sous-jacent. Il est ainsi pertinent de se questionner sur les façons dont les personnes intervenantes sociales agissent de manière à engager et à reconnaître ces familles dans l'intervention en santé mentale, et ce en composant avec des contraintes d'ordre organisationnel, politique et social. La présente recherche s'intéresse à la question suivante : comment les personnes intervenantes sociales au Québec perçoivent-elles la place des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes et quelles stratégies mettent-elles en œuvre afin d'intervenir le plus adéquatement possible auprès d'eux ? Quatre entretiens ont été réalisés avec des personnes intervenantes sociales œuvrant auprès de jeunes d'origine immigrante aux prises avec des difficultés de santé mentale et de leurs parents. Leurs témoignages ont été analysés à partir des thèmes suivants : 1) les principales réactions de résistance qu'elles rapportent avoir observé, dans leur pratique, de la part des parents immigrants : la réaction de méfiance, la réaction du parent qui semble dépassé, la réaction de non-acceptation, la réaction du parent autoritaire. Ces réactions peuvent être caractérisées par des attitudes, des croyances et des gestes qui déroutent, complexifient et font obstacle à l'intervention attendue en santé mentale; 2) les formes d'explication qu'elles donnent à ces réactions. Les personnes intervenantes tendent à attribuer les réactions de résistance des parents à des facteurs psychologiques, culturels et à des éléments plus systémiques (ex. organisationnels et institutionnels). Leurs explications colorent les formes d'intervention qu'elles mettent en place; 3) les formes d'intervention mises en place et les stratégies proposées pour susciter l'engagement des parents dans l'intervention en santé mentale. On retrouve notamment des stratégies axées sur l'adaptation du parent, des stratégies relationnelles et des stratégies structurelles. Enfin, les personnes participantes font preuve d'agentivité et de réflexivité par rapport à leur pratique en contexte interculturel.

Mots clés : Intervention sociale, santé mentale, jeunes d'origine immigrante, parents immigrants, engagement, reconnaissance, intervention en contexte interculturel, stratégies d'intervention, réseau de la santé et des services sociaux, Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
1.1 L'engagement dans le système québécois de santé mentale des familles d'origine immigrante	3
1.2 La cohésion familiale comme facteur de protection en santé mentale pour les jeunes d'origine immigrante	4
1.3 Des considérations particulières pour l'intervention en santé mentale en contexte interculturel.....	5
1.4 L'adaptation du système québécois de santé mentale pour répondre aux besoins des familles d'origine immigrante.....	7
1.5 Des obstacles institutionnels et structurels à l'engagement des parents immigrants	9
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE	12
2.1 L'approche écologique : au centre, la personne intervenante	12
2.2 Les perceptions de la place des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale	14
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	16
3.1 La recherche qualitative	16
3.2 La méthode d'entretien individuel	16
3.3 Le recrutement des personnes participantes à la recherche	17
3.4 Le portrait des personnes participantes	18
3.5 L'analyse de contenu thématique	19
3.6 Les considérations éthiques	20
3.7 Les limites de la recherche.....	21
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	24
4.1 Les types de réactions de résistance des parents.....	24
4.1.1 La réaction de méfiance	24
4.1.2 La réaction du parent qui semble dépassé.....	26
4.1.3 La réaction de non-acceptation	27
4.1.4 La réaction du parent autoritaire	29
4.2 Les explications des réactions parentales et des défis de l'intervention	32
4.2.1 Les explications psychologiques.....	32
4.2.2 Les explications culturelles et migratoires.....	33

4.2.3 Les explications socio-économiques.....	34
4.2.4 Les explications organisationnelles et institutionnelles	35
4.3 Les stratégies des personnes intervenantes pour susciter l’engagement.....	39
4.3.1 Les stratégies axées sur l’adaptation du parent.....	39
4.3.2 Les stratégies relationnelles	40
4.3.3 Les stratégies institutionnelles	42
4.3.4 Les stratégies structurelles	43
CONCLUSION	45
5.1 Les conceptions de l’engagement et leurs impacts sur les interventions mises en place ...	46
5.2 Les réactions aux filtres dans l’intervention sociale en contexte interculturel	47
5.3 Des pistes de réflexion et d’action pour susciter l’engagement des parents immigrants....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES	56
Annexe 1 : Guide d’entretien.....	56
Annexe 2 : Lettre de recrutement.....	58
Annexe 3 : Affiche de recrutement	59
Annexe 4 : Certification d’approbation éthique.....	60
Annexe 5 : Formulaire de consentement	61

INTRODUCTION

Il est estimé que plus d'un tiers des jeunes au Canada ont au moins un parent ayant immigré et que la moitié de ces jeunes seront d'origine immigrante d'ici 2035 (Sim & Georgiades, 2022). Il est alors pertinent de se questionner sur la capacité du système de soins en santé mentale, spécifiquement celui au Québec, à répondre à la diversité culturelle grandissante (Alvarado, Battaglini, Caulet, & Poirier, 2005). Les familles en contexte d'immigration doivent composer avec des défis spécifiques à la trajectoire migratoire (ex. précarité socio-économique, racialisation) et peuvent se retrouver à l'intersection de positions sociales défavorables, lesquelles peuvent porter atteinte à leur santé mentale (Sim & Georgiades, 2022). Or, le « *Nous* » *familial* (référant au récit identitaire de la famille, ainsi qu'à ses dynamiques inhérentes) est une source forte de résilience chez les enfants en contexte d'immigration. L'unité familiale constitue en ce sens un levier d'intervention sociale (Rousseau, 2013; Sim & Georgiades, 2022; Rachedi, 2008; Vatz-Laaroussi, 2000). Les parents immigrants peuvent donc occuper une place significative et positive dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes. De plus, la prise en compte des conditions des familles (ex. socio-économiques, culturelles, structurelles) favorise une compréhension plus juste des difficultés de santé mentale du jeune et des ressources à mobiliser pour y remédier (Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, 2001).

Les facteurs de risque et de protection en santé mentale qui touchent de manière particulière ces jeunes viennent toutefois mettre aux défis les modalités de prévention et d'intervention actuelles en santé mentale (Rousseau, 2013). De fait, les services ne sont pas toujours conçus de manière à répondre adéquatement aux besoins spécifiques des familles d'origine immigrante (Alvarado et collab., 2005; Robichaud, Poirier, & Pullen Sansfaçon, 2019). D'autre part, les normes de pratique en santé mentale actuelles ne misent pas systématiquement sur l'engagement et la reconnaissance des familles dans les espaces d'intervention puisque celles-ci focalisent largement l'intervention sur des dimensions individuelles et psychologiques (Nadeau et collab., 2017; Kirmayer & Bennegadi, 2011b; Vatz-Laaroussi, 2000). Dans ce contexte, il est pertinent de

se questionner sur les façons dont les personnes intervenantes sociales¹, qui travaillent au plus près des familles, agissent de manière à engager et à reconnaître ces familles, et ce en composant avec des contraintes d'ordre organisationnel, politique et social (Battaglini, Chomienne, Plouffe, Torres, & van Kemenade, 2014; Lavergne, Dufour, & Vargas Diaz, 2021 ; Rousseau et collab., 2014). La présente recherche vise ainsi à comprendre les perceptions des personnes intervenantes sociales au Québec sur ces dimensions de l'intervention en contexte interculturel. En d'autres mots, elle s'intéresse à la question suivante : comment les personnes intervenantes sociales au Québec perçoivent-elles la place des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes et quelles stratégies mettent-elles en œuvre afin d'intervenir le plus adéquatement possible auprès d'eux ?

Dans le premier chapitre du présent mémoire, un état des connaissances sur les dimensions parentales de l'intervention en santé mentale auprès de jeunes d'origine immigrante au Québec est présenté. Le problème de recherche prend forme au fil du chapitre. Dans le deuxième chapitre, l'approche écologique de Urie Bronfenbrenner (1979) et reprise par Camil Bouchard (1987) est définie et traduite dans le cadre de ce projet de recherche. La personne intervenante est l'objet central d'analyse puisqu'elle agit au plus près des familles d'origine immigrante et joue un rôle dans la prise en compte des complexités de leur situation. Dans le troisième chapitre, il s'agit de la présentation des procédés méthodologiques de cette recherche de type qualitative, notamment la méthode de l'entretien individuel. Dans le quatrième chapitre, les résultats du projet de recherche sont explicités sous forme de thèmes et de sous-thèmes. Ceux-ci ont été relevés à partir d'entretiens avec des personnes intervenantes sociales en santé mentale œuvrant auprès de jeunes d'origine immigrante et de leurs parents. La conclusion propose des pistes de réflexion et d'action afin de favoriser l'engagement des parents immigrants dans l'intervention sociale en santé mentale auprès de leur jeune.

¹ La formulation neutre vise à assurer la « la reconnaissance et la représentativité de toutes les personnes » qui œuvrent dans le soutien aux individus et aux familles vulnérabilisés (Institut de la recherche scientifique, s.d., p. 1).

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, une revue de la littérature sur les dimensions parentales de l'intervention en santé mentale auprès des jeunes d'origine immigrante est présentée. La majorité des écrits qui sont mobilisés traite de ce sujet dans le contexte du réseau québécois de services de santé et des services sociaux. Ils font état notamment des apports de la participation des familles en contexte migratoire dans l'intervention, ainsi que des conditions propices à une intervention en santé mentale adéquate et bénéfique en contexte interculturel. Enfin, le chapitre présente les normes de pratiques actuelles en santé mentale qui, selon la littérature, peuvent contrevenir au travail de collaboration avec ces familles et de ce fait, à leur engagement au sein des services et des programmes de soutien.

1.1 L'engagement dans le système québécois de santé mentale des familles d'origine immigrante

Une sous-utilisation des services de soutien en santé mentale par les jeunes d'origine immigrante est observée (Alvarado et collab., 2005; Nadeau, Jaimes, Johnson-Lafleur, & Rousseau, 2017; Thomson, Chaze, George, & Guruge, 2015). La difficulté à engager les parents immigrants et leurs jeunes dans les soins est considérée comme un facteur sous-jacent (Lindsey et collab., 2014). Au Québec, les services de type première ligne sont les plus utilisés par la population en quête de soutien en matière de santé mentale (Nadeau, Johnson-Lafleur, Jaimes, & Bolduc). Les organismes communautaires, les centres locaux de services communautaires (CLSC), ainsi que les écoles sont tous des exemples de lieux de services de première ligne (Nadeau et collab., 2020).

La continuité des soins est définie comme «la capacité de collaboration entre professionnels et institutions impliqués» (Nadeau, Johnson-Lafleur, Jaimes, & Bolduc, 2020, p. 28). Par exemple, celle entre l'institution scolaire et le Centre local de services communautaires (CLSC) a été identifiée comme un facteur important contribuant à l'engagement des familles d'origine immigrante (Nadeau et collab., 2020). La reconnaissance de l'univers de sens des familles est aussi une étape importante dans l'établissement d'une relation positive avec l'équipe intervenante (Nadeau et collab., 2020). Par ailleurs, les représentations qu'ont les familles des

services et des lieux de soins influencent leur engagement dans le processus d'intervention (Lindsey et collab., 2014; Nadeau et collab., 2020). À titre d'exemple, le fait d'appréhender de ne pas être compris par l'équipe intervenante compte tenu de ses origines culturelles, de subir du racisme et de la discrimination de sa part ou de se faire imposer des interventions (s'apparentant à une attitude paternaliste) peut éloigner les familles d'origine immigrante des établissements de santé et de services sociaux (Nadeau et collab., 2020). La peur d'être stigmatisé, notamment par sa communauté culturelle, peut aussi être une entrave aux demandes d'aide (Lindsey et collab., 2014; Kirmayer et collab., 2011a). De ce fait, ainsi qu'en raison de certains référents culturels, les familles peuvent être réticentes à attribuer les défis de leur jeune à un trouble de santé mentale (Kirmayer et collab., 2011a). En contrepartie, l'usage d'interprètes, une attitude bienveillante dès l'accueil et l'implication de l'école peuvent contribuer à transformer ces représentations (Nadeau et collab., 2020). La collaboration avec des organismes communautaires et avec les réseaux d'aide naturelle des familles sont aussi des conditions propices à une meilleure qualité de soins en santé mentale en contexte interculturel (Kirmayer et collab., 2011a). Ainsi, l'expérience des services de santé mentale peut amener les familles à faire davantage confiance aux institutions locales. Cette confiance peut se projeter dans le temps s'il y survient d'autres difficultés. Elle peut même s'étendre à d'autres membres de la famille et dans d'autres programmes de santé et de services sociaux répondant à divers enjeux, lesquels, d'un point de vue systémique, sont en interaction. Ces possibilités d'interventions peuvent contribuer à un climat familial plus heureux, et de fait, au bien-être du jeune à l'origine de la demande.

1.2 La cohésion familiale comme facteur de protection en santé mentale pour les jeunes d'origine immigrante

Le parcours migratoire peut être marqué par la perte de liens sociaux, le passage d'un univers culturel à un autre, ainsi que par des processus de discrimination raciale (Gervais, Côté, Lampron-de Souza, & Tardif-Grenier, 2021; De Plaen, 2006; Kirmayer et collab., 2011a; Rachedi 2008). Cela dit, la cohésion familiale en contexte migratoire est un facteur de protection considérable. Une telle cohésion peut servir de contrepoids aux effets d'expériences de discrimination, d'exclusion et de stigmatisation que vivent les jeunes migrants (Montgomery, Xenocostas, Rachedi, & Najac, 2011; Rachedi, 2008; Rousseau, Jamil, Hassan, & Moreau, 2010). Parmi les jeunes migrants au Québec, on retrouve notamment des enfants réfugiés, immigrants et

nés dans la société hôte des parents immigrants. En d'autres termes, ces jeunes peuvent avoir des rapports d'appartenance multiples avec la société d'hôte en raison de ces expériences différenciées : précarité économique et sociale des familles, particulièrement des familles nouvellement arrivées ; expériences ou vécu traumatique des personnes réfugiées, etc. (Alvarado et collab., 2005; Gervais et collab., 2021; Vachon, Caldairou-Besette, & Rousseau, 2017). Ces différents vécus peuvent perturber le climat familial et par ricochet, la santé mentale des membres de la famille (Sim & Georgiades, 2022). S'il existe des variations importantes entre les enfants d'origine immigrante et ceux appartenant au groupe dominant sur le plan de la détresse psychologique (Sim & Georgiades, 2022; Rousseau, 2013), la relation entre l'émergence de problèmes de santé mentale et le statut migratoire n'est pas directe (Rousseau, 2013). En effet, le risque de développer des problèmes de santé mentale pour les enfants migrants repose surtout sur l'interaction spécifique entre des facteurs de protection et de risque : « entre la protection que procure la cohésion familiale et la vulnérabilité qui provient à la fois de l'exposition à la discrimination et du sentiment d'impuissance face à des formes d'exclusion plus structurelles qui sont elles-mêmes en constante évolution » (Rousseau, 2013, p. 63). Par ailleurs, la détresse et les expériences traumatiques des parents influencent de manière significative la santé mentale des jeunes d'origine immigrante. En fait, « bien que les personnes immigrantes ne soient pas les seules concernées, la primauté de ces processus pour les enfants et les familles d'immigrants mérite une attention particulière, étant donné le risque accru d'exposition à des expériences négatives liées à l'immigration qui menacent le bien-être des parents et de la famille » [traduction libre] (Sim & Georgiades, 2022, p. 12).

1.3 Des considérations particulières pour l'intervention en santé mentale en contexte interculturel

Compte tenu de l'importance de l'unité familiale en contexte migratoire, les interventions doivent être conçues de manière à éviter de fragiliser ses dynamiques inhérentes et d'exclure à défaut des membres du suivi (Kirmayer et collab., 2011a). Pour ce faire, le suivi de santé mentale peut intégrer des rencontres familiales, de sorte que les parents se sentent reconnus dans leur autorité parentale, dans leurs compétences, et puissent se sentir au fait de l'évolution de leur enfant au sein du suivi. Ces rencontres donnent aussi accès à une meilleure compréhension du contexte familial (Kirmayer et collab., 2011a). Par exemple, l'utilisation du récit de vie comme pratique

d'intervention, où les membres d'une famille se racontent des événements et des souvenirs, et les sens qu'ils y attribuent peut contribuer à leur rapprochement mutuel (Bélangier & Milot, 2015; Rachedi, 2008). Le récit de vie laisse place à la reconstitution de l'histoire migratoire (ex. des lieux, des origines). Par ailleurs, il permet de donner un sens à certaines actions et à certains choix posés par les parents, qui, autrement, resteraient inaccessibles ou incompris par les enfants (Rachedi, 2008). Le récit peut servir d'ancrage pour la construction identitaire en offrant des repères (Vatz-Laaroussi, 2007). Une intervention qui intègre l'histoire des familles permet également de reconnaître les forces et les valeurs intrinsèques, et peut travailler à les renforcer pour une meilleure résilience familiale (Bélangier & Milot, 2015; Rachedi, 2008). Il est d'autant plus important de le faire dans un contexte de changements et d'adaptations multiples, où les adversités sont fréquentes. Ainsi, la transmission d'une mémoire familiale peut devenir un facteur de résilience (Montgomery et collab., 2011; Vatz-Laaroussi, 2007), de même que le partage familial de stratégies face à l'exclusion en contexte d'immigration (Montgomery et collab., 2011; Rousseau et collab., 2010).

Néanmoins, l'intégration de la famille au suivi doit être prise dans le respect de la confidentialité et du consentement du jeune, particulièrement lorsqu'il a l'âge légal pour un tel consentement (14 ans ou plus au Québec) (Kirmayer et collab., 2011a). En effet, la personne intervenante doit respecter ce que le jeune souhaite divulguer ou non à ses parents (en cherchant à saisir, le cas échéant, les raisons de cette discrétion ou de cette réticence de sa part), de telle sorte que l'enfant puisse bénéficier d'un accompagnement individuel tout en étant soutenu dans ce processus dans l'espace familial (Nadeau, Jaimes, Johnson-Lafleur, & Rousseau., 2017). Il est aussi important que les personnes intervenantes soient prudentes par rapport à la divulgation de diagnostics et d'expériences traumatiques (ex. liés à la trajectoire migratoire) de la famille à d'autres membres de l'équipe ou des partenaires, afin de préserver le lien de confiance (Nadeau et collab., 2017; Kirmayer et collab., 2011a).

Le suivi en santé mentale doit également offrir un espace de médiation où le jeune peut, avec le soutien de la personne intervenante, négocier ses appartenances multiples (De Plaen, 2006), particulièrement lorsqu'il y a des malentendus ou des dissonances entre le jeune d'origine immigrante et les différents espaces dans lesquels il interagit (ex. école, maison) (Boulanger,

Larose, & Couturier, 2010; Rousseau, 2013). Ces espaces, comme l'enfant, sont traversés par des valeurs et des référents culturels qui peuvent être difficiles à concilier. Le milieu d'intervention peut aussi permettre à la famille de mieux se comprendre, de donner un sens aux difficultés rencontrées et de partager les actions à privilégier, cela pour les surmonter. Des jeunes d'origine immigrante qui ont recours à des services de santé mentale à Montréal ont considéré l'amélioration de la communication et la réduction de conflits au sein de leur famille comme effets bénéfiques des services, au même titre que la diminution de leurs symptômes (Nadeau et collab., 2017).

En plus de reconnaître la famille comme levier d'intervention sociale en santé mentale, l'intervention doit viser la reconnaissance des histoires singulières et des parcours particuliers des familles (De Plaen et collab., 2005). Les représentations culturelles d'une personne modulent ses conceptions de la santé mentale, de ses manifestations, ainsi que le sens donné à ses difficultés. Elles influencent également son processus de recherche d'aide et son rapport avec les établissements de santé et de services sociaux (Kirmayer et collab., 2011a; Kirmayer & Bennegadi, 2011b; Nadeau et collab., 2017). La culture peut aussi influencer les manifestations de la détresse psychologique, la manière dont elle est communiquée aux autres et les actions qui s'ensuivent (Nadeau et collab., 2017). Dans le cas des familles migrantes, les trajectoires migratoires et les expériences d'exclusion post-migratoires affectent également ces dimensions (De Plaen et collab., 2005; Kirmayer et collab., 2011a; Nadeau, Rousseau, Séguin, & Moreau, 2009). Les personnes intervenantes doivent être attentives au cadre de référence des familles, ainsi qu'à leurs expériences liées au parcours migratoire, en vue de mieux les comprendre et de ce fait, mieux les soutenir.

1.4 L'adaptation du système québécois de santé mentale pour répondre aux besoins des familles d'origine immigrante

Des mesures d'adaptation des services de santé mentale sont à prévoir afin de mieux répondre aux besoins des familles d'origine immigrante. D'abord, il ne faut pas oublier que les personnes intervenantes ont aussi « leurs propres systèmes de références, systèmes construits à partir des valeurs prônées par la société majoritaire, renforcés au cours de leur formation professionnelle et imprégnés de leurs propres expériences et enjeux identitaires » (De Plaen et collab., 2005, p. 282). Ainsi, les personnes intervenantes et les familles qu'elles accompagnent

peuvent avoir des systèmes de référence différents et donc concevoir et interpréter les difficultés que vit le jeune de manière différenciée (Nadeau et collab., 2009). La rencontre thérapeutique en contexte interculturel peut donc être déstabilisante et semer des doutes et des incompréhensions, d'où l'importance pour les personnes intervenantes de savoir faire preuve d'autoréflexivité et de se décentrer, afin de se projeter dans l'univers de sens des personnes auprès desquelles elles interviennent (Nadeau et collab., 2009; Rousseau, 2013; Vatz-Laaroussi, 2000). Ensuite, la personne intervenante peut aussi veiller à ce que la famille obtienne du soutien ciblant les déterminants sociaux de la santé, afin qu'elle soit mieux disposée à s'engager dans un suivi de santé mentale (ex. logement, revenu, soutien social) (Battaglini et collab., 2014). Par ailleurs, l'adaptation peut aussi toucher l'organisation des services. Par exemple, le temps conféré au suivi doit laisser place à l'établissement d'un lien de confiance avec la famille et à une compréhension plus globale de sa situation, particulièrement dans un contexte où il peut exister de la méfiance (Robichaud et collab., 2019). L'adaptation des services aux besoins des familles en contexte d'immigration peut aussi se manifester à plus grande échelle : par exemple, par une démarche réflexive de la part des institutions quant aux logiques et aux implicites qui sous-tendent leurs interventions (Kirmayer & Bennegadi, 2011b). Il reste que tous efforts sont nécessaires afin d'assurer une équité dans les soins en santé mentale.

Enfin, au Québec, des initiatives ont été prises par les institutions locales dans le but de renforcer l'engagement dans les services des familles d'origine immigrante notamment en laissant place à différentes conceptions et modèles explicatifs des difficultés en santé mentale et en offrant des services de consultation culturelle (Nadeau et collab., 2009; Kirmayer et Bennegadi, 2011b). L'expérience des séminaires transculturels, où des personnes cliniciennes de différentes bannières se réunissent (CLSC, Centre Jeunesse), permet également aux personnes intervenantes d'appréhender les difficultés de santé mentale de manière diversifiée et non réductrice. Ces rencontres favorisent d'ailleurs le fait de prendre une distance par rapport à leurs propres valeurs et cadres de référence habituels, eux-mêmes influencés par le contexte institutionnel (De Plaen et collab., 2005).

1.5 Des obstacles institutionnels et structurels à l'engagement des parents immigrants

Le système de soins en santé mentale au Québec comporte et véhiculent des normes sur la santé mentale, sur ses manifestations, sur les façons d'y faire face et sur les rôles de chacun dans la trajectoire de soins (Fortin, 2013; Kirmayer & Bennegadi, 2011b). En fait, les normes de pratique actuelles dans les services de santé mentale pour jeunes ne misent pas systématiquement sur l'engagement et la reconnaissance des familles dans les espaces d'intervention puisque celles-ci focalisent largement l'intervention sur des dimensions individuelles et psychologiques, laissant peu de place aux influences des systèmes familiaux et culturels sur l'expression des difficultés et sur l'expérience de soins (Nadeau et collab., 2017; Kirmayer & Bennegadi, 2011b; Vatz-Laaroussi, 2000). D'ailleurs, les normes de pratiques dans l'espace d'intervention peuvent s'appuyer sur des valeurs prônées par le groupe dominant, lesquelles peuvent transparaître dans le travail des personnes intervenantes (Fortin, 2013). Ainsi, les personnes intervenantes peuvent appréhender l'intervention en passant par certains filtres qui peuvent être inadaptés aux réalités et aux besoins des familles migrantes et de ce fait, l'intervention pourra être difficilement reçue par celles-ci (Rachedi, 2008; Vatz-Laaroussi, 2000). L'usage de ces filtres peut être à l'origine de mésententes et d'incompréhensions entre l'équipe intervenante et les parents, ce qui vient complexifier l'intervention et mettre à l'épreuve le lien thérapeutique (Vatz-Laaroussi, 2000). Par exemple, il existe *le filtre de l'individu*, c'est-à-dire la tendance à viser l'individualisation et l'autonomisation du jeune par rapport à ses groupes d'appartenance, essentiellement de sa culture d'origine et de sa famille. Cela peut avoir comme finalité son intégration à la culture dominante (Vatz-Laaroussi, 2000). Ceci s'oppose à l'importance du « *Nous* » *familial* en contexte d'immigration, pourtant omniprésent dans les discours, et qui peut constituer une force puissante à partir de laquelle se définissent et reposent ses membres face à des situations nouvelles et difficiles (Vatz-Laaroussi, 2000; Montgomery et collab., 2011). Ensuite, l'emploi du *filtre culturaliste* peut aussi être présent dans les milieux d'intervention sociale. Il s'agit d'un filtre interprétant les comportements et les difficultés des familles en les rapportant d'emblée à la culture d'origine (Vatz-Laaroussi, 2000). Dans ces cas, la culture est souvent perçue comme étant contraignante et les familles comme étant figées dans celle-ci. La culture d'origine peut aussi être invoquée simplement pour expliquer les défis rencontrés dans le contexte d'intervention. Or, cela tend à ignorer l'importante capacité d'adaptation requise par les familles dans leur trajectoire migratoire et la résilience que leurs identités et groupes d'appartenances culturels peuvent leur

procurer. Vatz-Laaroussi (2000) nomme aussi l'utilisation du *filtre de « l'ici et maintenant »*. Ici, on tend à évacuer les dimensions de l'histoire migratoire et les stratégies familiales dans la compréhension et dans la résolution des difficultés rencontrées. Des approches d'intervention souvent mobilisées dans les milieux de santé mentale, telles que la thérapie brève ou orientée vers les solutions et l'approche éducative, ne permettent pas d'explorer ces dimensions et de leur donner une légitimité (Boulanger et collab., 2010 ; Rachedi, 2008). Enfin, les personnes intervenantes peuvent s'adonner à un *filtre pathologisant*, à travers lequel les familles immigrantes semblent débordées par de multiples problèmes : « problèmes d'intégration, problèmes des enfants à l'école, problèmes de santé » et de perturbations : « choc culturel, dépression, syndrome post-traumatique, conflits interculturels » (Rachedi, 2008, p. 88). Non seulement ce filtre tend-il à hisser la personne intervenante au rang d'expert, comme celle qui sait, mais il empêche aussi d'entrevoir les forces et les ressources possédées par les familles et leur communauté culturelle d'identification, et empêche par le fait même toute possibilité de changement (Rachedi, 2008).

Par ailleurs, la manière même dont sont organisés les services de soins ne tient pas toujours suffisamment compte des spécificités de l'intervention en contexte interculturel. Le temps attribué pour le suivi et les attentes de performance qui viennent avec peuvent empêcher que s'établisse un lien de confiance ou qu'une évaluation globale puisse avoir lieu (Robichaud et collab., 2019); le découpage des services en fonction des problèmes et des publics cibles (Bourgeault, 2003; Lacharité, 2015; Lapierre & Levesque, 2013), empêche une intervention holistique, décourageant les familles d'y faire usage, etc. Face aux contraintes organisationnelles, les personnes intervenantes font souvent usage de leur agentivité et de leur créativité pour adapter leurs interventions aux réalités des personnes qu'elles accompagnent (Lacharité, 2015; Robichaud et collab., 2019). Toutefois, les réformes qui ont fréquemment lieu dans le milieu des services sociaux et de santé engendrent des problèmes de souffrance au travail chez les personnes intervenantes (Grenier, Bourque, & St-Amour, 2016), ce qui contrevient à l'engagement des familles (Nadeau et collab., 2020).

Pour conclure, la littérature existante sur la place accordée aux parents immigrants dans les services de soutien en santé mentale au Québec est limitée. Bien qu'elle illustre l'importance de leur engagement et de leur reconnaissance dans l'intervention, les perceptions qu'ont les personnes

intervenantes sociales à l'endroit des familles immigrantes et leurs effets concrets sur les pratiques d'intervention sociale sont peu documentés. Il est donc important de se questionner sur la capacité actuelle du système de soins en santé mentale (milieux communautaires et institutionnels), et des personnes intervenantes sociales à engager les parents immigrants dans la trajectoire de soins en santé mentale de leurs jeunes.

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE

Dans la présente recherche, l'approche écologique, introduite par Urie Bronfenbrenner (1979) et reprise par Camil Bouchard (1987), est mobilisée. Elle se définit comme suit : « Les comportements et les conduites que l'on peut observer sont le produit de l'interaction entre les personnes qui les émettent et l'environnement. [...] entre la personne et plusieurs niveaux à la fois, eux-mêmes en interaction » (Bouchard, 1987, p. 456–457). Cette approche porte une attention importante aux perceptions de l'individu au centre de l'analyse, à son environnement et à son rapport à cet environnement, notamment si celui-ci perçoit des incohérences entre les éléments systémiques. L'individu est également considéré comme un système capable d'exercer une influence sur son environnement, bien qu'il puisse être assujéti à des éléments qui dépassent son pouvoir d'influence (Bouchard, 1987). Les niveaux d'analyse du modèle écologique sont les suivants : l'*ontosystème*, le *microsystème*, le *mésosystème*, l'*exosystème*, le *macrosystème*, ainsi que le *chronosystème*.

2.1 L'approche écologique : au centre, la personne intervenante

Dans le contexte de cette recherche, la personne intervenante est l'individu au centre du modèle (avec ses valeurs, ses compétences, ses sensibilités), que l'on peut désigner de l'*ontosystème* (Bouchard, 1987). Elle est l'objet principal d'analyse puisqu'elle « se trouve à l'intersection des demandes institutionnelles et sociales et de celles des familles » (Bouchard, 1987, p. 458). Les attitudes de la personne intervenante, en contexte interculturel, peuvent se répercuter dans le degré de partage de pouvoir et de collaboration avec les familles migrantes (Lavergne et collab., 2021). Celle-ci, notamment par sa formation académique et professionnelle, sa posture d'intervention et ses représentations de la diversité influe sur la capacité des parents à s'engager et à être reconnus au cours du processus d'intervention (De Plaen et collab., 2005; Robichaud et collab., 2019; Vatz-Laaroussi, 2000). Bouchard (1987) met l'accent sur la personne intervenante, qui joue un rôle actif sur son environnement et dans la prise en compte des complexités des situations des personnes qu'elle accompagne. Néanmoins, la personne intervenante, tout comme les familles qu'elle accompagne, compose au quotidien avec des contraintes organisationnelles, institutionnelles et structurelles; éléments figurant dans d'autres

systèmes du modèle écologique. En ce sens, la personne intervenante n'assume alors pas la pleine responsabilité des aboutissements de l'intervention.

Le *microsystème* dépasse légèrement l'ontosystème pour englober l'endroit particulier où l'individu exerce certains rôles et interagit avec autrui (Bronfenbrenner, 1979). Le milieu de travail de la personne intervenante sociale, caractérisé par des ressources matérielles, des espaces physiques et des procédures spécifiques, est un facteur qui influence l'exercice de son rôle auprès des familles vulnérabilisées (Bouchard, 1987). À titre d'autres exemples du microsystème, les attentes de performance du milieu, ainsi que le soutien clinique offert, peuvent interagir avec l'agentivité de la personne intervenante dans l'exercice de son rôle auprès des familles (Lavergne et collab., 2021; Robichaud et collab., 2019).

Les niveaux du *mésosystème*, *exosystème* et *macrosystème*, malgré leurs particularités respectives, ont en commun de référer au cadre plus large dans lequel se trouvent l'ontosystème et le microsystème. Cette lunette d'analyse plus large permet par exemple d'appréhender les normes de pratique en santé mentale au Québec et les approches d'intervention, ainsi que l'influence de ces normes et approches sur les interventions auprès des personnes d'origine immigrante. Le milieu clinique peut en effet être conceptualisé comme un lieu où se retrouve une diversité de normes et de valeurs, exprimée par les personnes cliniciennes et usagères (Rossi, 2014) et où « les normes du “majoritaire” ont préséance » (Fortin, 2013, p. 194). Ces niveaux plus englobants peuvent aussi inclure les politiques, les règlements et les lois, le mandat institutionnel de l'organisme et la manière dont les services sont organisés, de même que la teneur des débats publics, lesquels peuvent engendrer des processus de stigmatisation et d'exclusion (Johnson-Lafleur et collab., 2016; Rouseau et collab., 2010). Ce cadre tient compte également des rapports de pouvoir (de genre, de classe, de race, etc.) qui peuvent exister entre les personnes intervenantes et les familles migrantes, notamment dans la reconnaissance des savoirs, de l'expertise, des représentations de la santé mentale et du sens donné aux difficultés ou aux dysfonctionnements (Fortin, 2013; Lavergne et collab., 2021; Kirmayer et collab., 2011a).

Bien que la chercheuse se soit prêtée à l'exercice de répartir les différents éléments analysés selon plusieurs niveaux, elle ne les analysera pas tous de manière systématique. Ce qu'il est

important de retenir, c'est que les services de santé mentale sont organisés en un système à plusieurs niveaux qui dépassent la seule personne de l'intervenant et qu'une pluralité de facteurs systémiques entrent en interaction pour donner lieu à des perceptions de capacité d'engagement des parents qui sont variables selon les personnes intervenantes. Ces perceptions provoquent à leur tour l'emploi de stratégies d'intervention différenciées. Le modèle écologique aide ainsi à identifier les différents éléments qui entrent dans la production de cette variabilité.

2.2 Les perceptions de la place des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale

Les perceptions et les pratiques des personnes intervenantes en santé mentale peuvent être intimement liées à leur trajectoire personnelle, culturelle, sociale, de formation, professionnelle, etc. Elles peuvent aussi être teintées des contraintes organisationnelles, institutionnelles et structurelles qui restreignent leurs capacités d'agir, ainsi que celles des parents et leur jeune. Ces dynamiques vont à leur tour laisser place à une diversité de modalités de participation des parents à travers les milieux et de perspectives de l'engagement parental parmi les personnes intervenantes. On peut alors se poser la question suivante : comment les personnes intervenantes perçoivent-elles la place des parents immigrants dans la trajectoire de soins en santé mentale de leur enfant ?

La « place » dans l'intervention en santé mentale des parents immigrants peut prendre plusieurs formes. La première renvoie à la reconnaissance de la valeur des parents dans l'espace clinique (Fortin, 2013), par exemple la reconnaissance de leurs conceptions de la santé mentale et des sens qu'ils donnent aux difficultés de leur jeune (Kirmayer et collab., 2011a; Nadeau et collab., 2017). Cette reconnaissance peut aussi se manifester par une décentration de la personne clinicienne de ses propres conceptions (Vatz-Laaroussi, 2000), par le degré de collaboration et de partage de pouvoir (ex. partage d'informations, interventions à privilégier) et par la mobilisation des ressources et des forces familiales (Fortin, Reitmann, & Duclos, 2011; Fortin, 2013; Villeneuve, Maltais, & Pouliot, 2012). La reconnaissance peut aussi s'exprimer par une sensibilité, chez la personne intervenante, au parcours migratoire des familles, à leurs enjeux d'intégration, ainsi qu'aux expériences de discrimination que celles-ci peuvent vivre en raison de leurs positions sociales, politiques et économiques dans la société d'immigration (Lavergne et collab., 2021).

La deuxième forme prise par la « place » englobe pour sa part la question de l'engagement dans les soins, soit la participation des parents à l'intervention (Nadeau et collab., 2020). La participation du parent aux séances et le soutien apporté par celui-ci dans l'atteinte des objectifs de traitement établis dans l'intervention auprès de son jeune peuvent constituer des mesures d'engagement (Lindsey et collab., 2014). En contexte de protection de la jeunesse, Villeneuve, Maltais, & Pouliot (2012) notent, dans leur étude, que les personnes intervenantes sociales jugeaient une implication parentale satisfaisante par l'ouverture, la reconnaissance des difficultés, ainsi que la collaboration avec l'équipe intervenante (ex. application des recommandations). Un parent engagé a aussi été désigné comme étant prêt à apporter des changements dans sa façon d'interagir auprès de son enfant et comme étant transparent par rapport à sa situation familiale (Villeneuve et collab., 2012). Cependant, conformément au modèle écologique, l'engagement des parents peut être assujéti à des facteurs qui dépassent leurs attitudes et leurs actions individuelles (Tremblay & Pouliot, 2022).

Somme toute, la reconnaissance et l'engagement des parents dans l'intervention auprès de leurs jeunes restent ainsi fortement balisés par les attitudes et les représentations de la personne intervenante, le cadre organisationnel et les normes de pratique. Dans la présente recherche, il sera alors question d'analyser de quelles façons ces éléments se répercutent dans les pratiques d'intervention en contexte interculturel et de quelles façons les personnes intervenantes sociales agissent et réagissent sur celles-ci.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Ce mémoire vise à comprendre les perceptions des personnes intervenantes sociales au Québec sur la place des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes, ainsi qu'à mettre en lumière les stratégies qu'elles mettent en œuvre afin d'intervenir le plus adéquatement possible auprès d'eux. À cet effet, la recherche qualitative a été privilégiée. Après avoir défini ce qui est entendu par recherche qualitative, ce chapitre présente la méthode de l'entretien mobilisée ainsi que le mode choisi pour les analyser, soit l'analyse de contenu thématique. Il s'ensuit la présentation du processus de recrutement des personnes participantes à la recherche, ainsi qu'un bref portrait des personnes interviewées. Les considérations éthiques et les limites de la recherche sont également abordées.

3.1 La recherche qualitative

La recherche qualitative permet d'appréhender les acteurs sociaux dans leur singularité et leur complexité (Soulière, Saulnier, & Desaulniers-Coulombe, 2017) ainsi que les liens entre les personnes et les discours et les contextes historique, politique, social et culturel dans lesquels elles se déploient. Cela rejoint les fondements mêmes de la profession du travail social (Gonin, Guissard, Antoniadis, & Plante, 2022). Au Québec, le système de santé et des services sociaux opère selon les principes de la Nouvelle Gestion Publique (Soulière et collab., 2017). Cela implique, entre autres, la standardisation des interventions parmi les personnes usagères sur la base de données probantes (Soulière et collab., 2017). Cette recherche peut servir à remettre en question les normes de pratique qui balisent les interventions, notamment en évaluant si celles-ci parviennent à répondre aux besoins spécifiques et complexes des familles d'origine immigrante (Rousseau, 2013; Kirmayer & Bennegadi, 2011b; Vatz-Laaroussi, 2000). Ce type de recherche peut alors être à contre-courant de cette uniformisation des pratiques d'intervention (Soulière et collab., 2017).

3.2 La méthode d'entretien individuel

La méthode d'entretien individuel a été privilégiée dans cette recherche. Les entretiens « donnent accès à des pratiques individuelles et collectives, à des habitudes, à des trajectoires, à des processus et à des dynamiques, à des raisonnements, à des valeurs, à des opinions et à des représentations » (Gaudet & Robert, 2018a). Les entretiens ont été semi-structurés, c'est-à-dire

qu'un certain nombre de thèmes prédéterminés, sous forme de questions ouvertes, ont été abordés tout en laissant la liberté aux répondants d'approfondir et de préciser leurs propos (Mayer & Saint-Jacques, 2000). Un guide d'entretien a été préparé à cet effet (voir Annexe 1). Les thèmes ont été répartis comme suit : le rôle de la personne intervenante sociale en santé mentale; l'engagement et la reconnaissance des parents dans les soins en santé mentale; l'intervention en santé mentale en contexte interculturel. Les dernières questions de l'entretien étaient fermées dans le but de récolter les caractéristiques professionnelles et sociodémographiques des personnes intervenantes (formation générale, nombre d'années de pratique, cheminement professionnel, groupes d'appartenance culturelle, etc.). Cette méthode permet d'éclaircir avec quelles logiques d'actions, approches, visions et croyances normatives, les personnes intervenantes en santé mentale accompagnent les jeunes d'origine immigrante, ainsi que leurs parents (Turcotte, 2009). De plus, l'entretien permet de relever les défis organisationnels et institutionnels que rencontrent les personnes intervenantes dans leur travail en contexte interculturel. Plus encore, il permet de saisir leur processus de prise de décision lorsqu'elles rencontrent des dilemmes ou des incohérences dans le contexte de leur pratique (Robichaud et collab., 2019). L'observation peut aussi s'intégrer à l'entretien en orientant la chercheuse lors de l'entretien. En étant attentive aux silences, aux hésitations, ainsi qu'au langage non verbal (ex. ton de voix, expressions du visage), la chercheuse a formulé des questions de relance et demandé des précisions (Beaud, 1996; Gaudet & Robert, 2018a).

3.3 Le recrutement des personnes participantes à la recherche

Les critères d'inclusion des personnes intervenantes sociales étaient les suivants : travailler dans les régions de Gatineau ou de Montréal; travailler fréquemment auprès de familles immigrantes; travailler au sein d'un organisme institutionnel ou communautaire qui offre des services de santé mentale pour jeunes; parler français; être disponible pour un entretien d'une durée de 90 minutes. Le choix de ces régions est justifié, d'une part, par leur proximité d'avec la chercheuse, de manière à favoriser les entretiens en présentiel; d'autre part, par leur forte diversité ethnoculturelle, afin de promouvoir les rencontres interculturelles faites par les personnes intervenantes dans le contexte de leur pratique. La chercheuse a eu recours à la technique boule de neige afin de recruter des personnes intervenantes œuvrant dans le domaine de la santé mentale auprès des familles immigrantes. Par l'entremise d'une lettre de recrutement envoyée par courriel,

des personnes intervenantes sociales que la chercheuse connaissait déjà par son réseau professionnel ont été contactées par courriel (voir Annexe 2). Une affiche de recrutement a été annexée au courriel (voir Annexe 3). Cette affiche a également été publiée sur le profil Facebook de la chercheuse. Les personnes intéressées par la recherche ont alors été invitées à communiquer directement avec la chercheuse. Il leur a aussi été demandé de faire suivre le message à quelques autres personnes qu'elles connaissaient et qui pouvaient être susceptibles d'accepter de participer à la recherche. Cette méthode qui consiste à passer par le réseau de connaissances plutôt que par des milieux professionnels précis se justifie notamment par le fait que les personnes intervenantes peuvent avoir travaillé dans plusieurs structures et que c'est cette expérience globale qui a été l'objet d'intérêt plus que leur milieu actuel d'intervention. Quelques personnes intervenantes qui ont manifesté leur intérêt à participer à la recherche n'ont pas été sélectionnées, puisqu'elles ne répondaient pas à l'ensemble des critères d'inclusion (ex. expériences d'intervention avec une clientèle adulte ou défaut d'intervention directe en santé mentale).

Dans le cadre de cette recherche, la chercheuse a rencontré quatre personnes intervenantes, sur une période de trois mois. Trois de ces entretiens ont eu lieu en ligne, par le biais de la plateforme *Microsoft Teams*. Un entretien a eu lieu en personne, dans un parc de quartier. Elles ont été d'une durée moyenne de 105 minutes (1 h 45). Un des entretiens en ligne a été relativement court, soit d'une durée de 60 minutes. Contrairement aux autres entretiens en ligne, où les personnes interviewées étaient à leur domicile, cet entretien s'est produit lorsque la personne était dans son lieu de travail, et ce, en raison de disponibilités limitées. Elle était, néanmoins, dans une pièce où elle pouvait échanger avec la chercheuse en toute discrétion.

3.4 Le portrait des personnes participantes

Les personnes interviewées se distinguent à certains niveaux (ex. appartenances culturelles, nombre d'années de pratique en intervention, profils de formation). Toutefois, elles se rejoignent dans leur travail d'accompagnement auprès de jeunes et de parents en contexte d'immigration dans la province du Québec. Elles ont également agi, à titre de personne intervenante sociale, afin de répondre aux besoins de soutien en santé mentale de ces familles :

Maxime (elle/iel), 26 ans, est née au Québec et est doctorante en psychoéducation. Iel détient un baccalauréat en psychologie, ainsi qu'une maîtrise en psychoéducation. Elle détient cinq ans d'expérience à titre de personne intervenante auprès de jeunes et de leur famille en contexte volontaire et non-volontaire. Iel a travaillé pendant un an, à titre de stagiaire, dans un milieu institutionnel qui offre des services de santé mentale de troisième ligne. Pour mieux refléter l'identité de genre de Maxime, les pronoms elle et iel seront utilisés pour évoquer ses expériences et l'accord au féminin sera privilégié.

Magalie (elle), 28 ans, est née au Vietnam. À la question des groupes d'appartenance culturelle, Magalie répond : « Je m'identifie comme une identité hybride. Je ne suis pas 100 % québécoise, je ne suis pas 100 % immigrante. Je ne suis pas vietnamienne non plus. Je flotte. ». Elle possède un certificat en espagnol, en immigration et relations ethniques, ainsi qu'en études internationales. Elle travaille, depuis un an, à titre d'intervenante communautaire scolaire interculturelle.

Alex (il), 31 ans, est né au Québec. Il nomme les cultures libanaise et canadienne-française comme l'ayant surtout influencé. Il ajoute : « J'ai autant une appartenance canadienne, mais autant immigrant ». Détenteur d'un baccalauréat en travail social, il œuvre depuis neuf ans auprès de jeunes et de familles de la diversité culturelle. Il a agi à titre d'intervenant communautaire scolaire chargé de soutenir les familles nouvellement arrivées. Il travaille à la fois dans des milieux communautaire et institutionnel de première ligne et a une pratique privée.

Jules (il) : Jules a grandi au Québec. Il détient un baccalauréat en psychologie et une maîtrise en travail social, ainsi qu'un certificat en intervention en milieu interculturel. Ayant cumulé vingt ans d'expérience en intervention interculturelle, il offre présentement des services de première ligne en santé mentale en contexte institutionnel.

3.5 L'analyse de contenu thématique

Les enregistrements audios des entretiens ont été transcrits par la chercheuse sous forme de verbatims. Ces verbatims ont été examinés grâce à une analyse de contenu thématique. Cette dernière comporte deux étapes. Dans un premier temps : « [...] le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents en lien avec les objectifs

de la recherche à l'intérieur du matériau de l'étude » (Paillé & Mucchielli, 2021, p. 270). Dans un deuxième temps, il s'agit de : « [...] tracer des parallèles ou de documenter des oppositions, des divergences, des complémentarités, etc., entre les thèmes » (Paillé & Mucchielli, 2021, p. 271). Les thèmes qui ont été relevés dans les verbatims, ainsi que les extraits et pseudonymes des personnes associées ont été transcrits dans un document séparé, en vue de faciliter le travail d'analyse (Paillé & Mucchielli, 2021). La thématization a été faite de façon continue, c'est-à-dire que les thèmes ont été notés, regroupés et classés au fil de la lecture des verbatims (Paillé & Mucchielli, 2021). Il n'y a pas eu l'usage d'un logiciel pour l'analyse étant donné le nombre limité de verbatims à analyser. L'approche écologique a été privilégiée dans le cadre de ce mémoire. Les thèmes qui sont ressortis ciblent alors différents niveaux systémiques du contexte d'intervention en santé mentale.

3.6 Les considérations éthiques

Les aspects éthiques de ce projet de recherche ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (voir Annexe 4). Les personnes intervenantes ont participé à un entretien semi-structuré individuel d'une durée d'environ 90 minutes, qui a constitué la seule rencontre avec la chercheuse. Les entretiens avaient lieu au moment et à l'endroit choisis par les personnes participantes, à condition qu'elles puissent parler en toute confidentialité.

Le formulaire de consentement a été envoyé aux personnes participantes par courriel avant la date de l'entretien (voir Annexe 5). Au moment de l'entretien, la chercheuse principale a rappelé aux personnes participantes les objectifs de la recherche, ainsi que les attentes par rapport à leur participation. Les points clés du formulaire ont été énoncés, notamment le caractère anonyme et confidentiel des données récoltées, ainsi que la possibilité de se retirer de la recherche à tout moment, et ce sans répercussions négatives : le cas échéant, les personnes ont été informées que les informations recueillies lors de l'entretien seraient effacées. La chercheuse a rappelé que l'entretien allait être enregistré en format audio lorsque l'entretien avait lieu en personne et en format audio et vidéo lorsque l'entretien avait lieu en ligne. Ayant reçu ces informations, les personnes participantes pouvaient consentir de manière libre et éclairée à participer à la recherche. Le consentement a été recueilli de façon orale par la chercheuse.

Cette recherche a impliqué que les personnes intervenantes partagent leurs points de vue et leurs expériences dans le contexte de leur pratique d'intervention. Il était possible que cela crée de l'inconfort psychologique ou émotionnel chez elles. Il se pouvait que les personnes participantes appréhendent également qu'un discours critique vis-à-vis de leur milieu de travail ou de leur employeur entraîne des répercussions. Cela dit, les personnes participantes ont été informées en début d'entretien qu'elles pouvaient choisir de s'abstenir de répondre à une ou des questions pouvant leur causer un inconfort quelconque. Elles ont également été rassurées du fait que l'information publiée n'allait pas permettre d'identifier les personnes en particulier (Gaudet & Robert, 2018b). Le nom de chacune a été remplacé par un pseudonyme dans les verbatims. Le lieu de travail a également été changé pour une catégorie générale (« milieu institutionnel » ou « milieu communautaire »). Dans ce mémoire, des pseudonymes et la catégorie générale du lieu de travail ont été utilisés de manière à protéger l'identité des personnes participantes.

3.7 Les limites de la recherche

Il existe certaines limites à la méthode d'entretien en lien avec ce projet de recherche. Par exemple, il n'est pas possible d'évaluer directement si les discours des personnes intervenantes se traduisent dans leurs interventions auprès des familles. Il est possible que les discours reflètent davantage une version idéalisée de leur pratique. Cette limite a été en partie résolue en demandant aux personnes participantes de fournir des exemples de situations de pratique venant appuyer leurs dires. Il se peut aussi que les personnes soient sensibles à leur présentation de soi, qu'elles aient, par exemple, le souci « d'être perçues comme des ressources solides et fiables » lorsqu'elles se retrouvent devant des épreuves dans le contexte de leur pratique (St-Denis & Richard, 2021, p. 67). Le fait d'être enregistrées (audio et vidéo) peut aussi inciter les personnes interviewées à être encore plus conscientes des expériences et perspectives qu'elles divulguent (Khan & MacEachen, 2022). D'ailleurs, bien que la chercheuse l'ait rassurée quant à la préservation de la confidentialité et l'anonymat, une personne participante a exprimé : « Je ne veux pas rentrer dans trop de détails parce qu'au niveau de la confidentialité... je ne vais peut-être pas nommer des exemples ». Cette hésitation peut être attribuée à un souci de protection de la vie privée des personnes ayant recours aux soins, soient les parents et les jeunes accompagnées. Elle peut également être provoquée par une réticence à tenir des propos critiques vis-à-vis des milieux de travail ou d'employeurs. L'unique entretien en présentiel, où seul l'audio a été enregistré, a provoqué le partage de situations

de pratique les plus nombreuses et les plus détaillées. Il est possible que ce mode d'entretien ait donné lieu à une ambiance plus décontractée et favorisé plus facilement et rapidement l'établissement d'un lien de confiance entre la chercheuse et la personne participante. En somme, le format en ligne a pu nuire à la divulgation de situations professionnelles et de contraintes organisationnelles (par souci de présentation ou de confidentialité), informations toutefois riches pour le bien-fondé de ce projet de recherche. Par ailleurs, la majorité des personnes intervenantes ont demandé à la chercheuse, après certaines questions, si elles y répondaient correctement. Il est possible que les questions plus abstraites, telles que celles sur leurs perceptions de ce qu'est un parent engagé ou un parent reconnu dans les soins en santé mentale, aient induit cette réaction. Il reste que, dans l'ensemble, les personnes participantes se sont exprimées avec assurance, conviction et dynamisme. D'autre part, il était parfois difficile de statuer si les préoccupations et enjeux soulevés par les personnes intervenantes étaient propres à leurs interventions auprès de familles d'origine immigrante ou s'appliquaient aux familles en général, migrantes ou non (Nadeau et collab., 2017). Autrement dit, est-ce que les défis relatifs à l'engagement et à la reconnaissance des parents dans l'intervention sont propres aux familles d'origine immigrante ou aux familles en général utilisant des services de santé mentale ? La chercheuse a tenté de remédier à cette limite en demandant aux personnes intervenantes si elles ont remarqué des spécificités dans leur travail d'intervention auprès des familles immigrantes.

À première vue, l'échantillon restreint peut aussi être considéré comme une limite de la recherche. Toutefois, il est important d'« assumer le caractère “non représentatif” de l'entretien » (Beaud, 1996, p. 233). La force de ce projet de recherche est de mettre en lumière des réalités individuelles et de les situer par rapport aux contextes dans lesquels elles s'inscrivent (Beaud, 1996; Soulière et collab., 2007). Ces subjectivités serviront à entamer des réflexions quant aux pratiques actuelles en intervention en santé mentale, en contexte interculturel et aux logiques d'action derrière celles-ci. Le nombre limité d'entretiens a également permis à la chercheuse d'analyser et de contextualiser les discours en profondeur. Finalement, il aurait été pertinent de faire des entretiens non seulement auprès de personnes intervenantes, mais aussi auprès de personnes ayant recours aux soins en santé mentale (Soulière et collab., 2017). D'une part, cela aurait permis d'identifier l'hétérogénéité des perspectives des différents groupes d'acteurs qui traversent le système, ainsi que d'identifier leurs expériences communes (Nadeau et collab., 2017).

D'autre part, cela aurait laissé la place aux savoirs et aux expériences des familles migrantes, phénomènes qui sont peu étudiés dans la recherche en santé mentale (Nadeau et collab., 2017). Compte tenu du temps conféré pour rédiger le mémoire, cela n'a pas pu être effectué.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Ce projet de recherche vise à explorer la place des parents immigrants en contexte de soins en santé mentale, depuis le point de vue de personnes professionnelles agissant auprès d'eux et de leurs contextes de pratique. Quatre entretiens ont ainsi été réalisés avec des personnes intervenantes sociales œuvrant au Québec, en contexte interculturel, auprès de jeunes aux prises avec des difficultés de santé mentale et de leurs parents. Dans ce chapitre, il est d'abord question des principales réactions de résistance que les personnes interviewées ont rapporté avoir observé, dans leur pratique, de la part des parents immigrants. Ces réactions peuvent être caractérisées par des attitudes, des croyances et des gestes qui déroutent, complexifient et font obstacle à l'intervention attendue en santé mentale. Ensuite, des explications que les personnes intervenantes donnent à ces réactions sont présentées. Finalement, des formes d'intervention mises en place par les personnes intervenantes et des stratégies proposées pour susciter l'engagement des parents sont explicitées.

4.1 Les types de réactions de résistance des parents

Les personnes interviewées rapportent toutes des réactions de résistance dans leur travail auprès des parents en contexte interculturel : la réaction de méfiance ; la réaction du parent qui semble dépassé ; la réaction de non-acceptation ; la réaction du parent autoritaire. Ces réactions engendrent certains défis au cours de la trajectoire de soins en santé mentale du jeune et de sa famille. D'après les témoignages des personnes intervenantes, ces réactions peuvent se chevaucher chez les mêmes parents et peuvent évoluer au cours du processus d'intervention.

4.1.1 La réaction de méfiance

L'ensemble des personnes participantes ont souligné qu'il peut exister des réactions de méfiance chez certains parents immigrants face au système de soins de santé et ses acteurs. Alex mentionne que les parents immigrants peuvent particulièrement être méfiants de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), notamment parce qu'ils craignent que celle-ci leur retire leur jeune. Il ajoute que la peur que ressentent ces parents peut déborder dans d'autres services institutionnels et communautaires. Ces mandats peuvent différer de ceux de la DPJ (ex. contexte volontaire) et n'impliquent pas nécessairement l'intervention de celle-ci. Néanmoins, cet enjeu, dit-il, peut

induire des préjugés chez les parents vis-à-vis des personnes intervenantes. Maxime évoque, par exemple, que cette méfiance peut se manifester par une plus faible confiance à l'égard des professionnels en santé mentale. Elle donne l'exemple de contextes au sein desquels l'équipe de soins recommande d'intervenir par la médication. Il s'agit le plus souvent de jeunes ayant reçu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention :

C'est plus difficile pour certains groupes culturels de comprendre le besoin d'avoir une médication versus par exemple les familles blanches, québécoises qui avaient vraiment plus foi au système de santé, puis se disaient : « Si le médecin dit que c'est correct, ça doit être correct. » (Maxime)

Jules relate une intervention en contexte interculturel dans laquelle il lui a été difficile de créer un pont avec la famille. L'enfant d'une famille provenant de l'Asie du Sud avait obtenu un diagnostic de déficience intellectuelle. Ce diagnostic a procuré aux parents une grande méfiance face au milieu d'intervention :

Ça avait l'effet, je pèse mes mots, d'une *violence symbolique* chez le jeune, chez les parents. [...] Dans le non verbal des parents, je voyais nettement une *méfiance*. C'étaient des parents très gentils, qui avaient le cœur sur la main, mais [...] dans leur regard [...], on représentait quelque chose d'hostile, malgré toutes les précautions qu'on prenait. (Jules)

Il explique que les parents avaient une conception distincte des expériences de leur enfant. Ils jugeaient bon, par exemple, de lui donner des soins ayurvédiques, cela pour tenter de rééquilibrer son corps. Par conséquent, l'équipe intervenante avait mis en place certaines stratégies afin d'arriver à concilier son diagnostic avec celui des parents. À cet effet, il était espéré que les parents soient plus ouverts à répondre aux besoins particuliers de leurs enfants, tels qu'identifiés par l'équipe-intervenante. Parmi les stratégies, on comptait la tenue de consultations pédopsychiatriques, de séminaires transculturels et l'implication de la communauté culturelle de laquelle était issue la famille. Jules a par ailleurs sollicité un psychologue, afin d'amener les parents à intégrer le diagnostic de déficience intellectuelle. Celui-ci a utilisé un langage simplifié et métaphorique, en contraste au jargon médical tiré du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V). Malgré ces interventions, Jules rapporte qu'il a très difficile d'atteindre cette acceptation de leur part, puisque les visions étaient trop difficiles à concilier. Jules ajoute qu'il était d'autant plus difficile de parvenir à une conciliation que, selon lui, les parents de l'enfant lui donnaient peu accès à leur cadre de référence :

Je ne sais pas jusqu'à quel point on aurait pu laisser plus de place aux perceptions des parents... jusqu'à quel point ils se seraient ouverts davantage à nous. Il y avait beaucoup de non-dits durant les interventions. [...] Avec le recul, c'était beaucoup unidirectionnel, c'était nous qui essayions de transmettre une vision de comment on voyait les problèmes. (Jules)

Maxime donne pour sa part l'exemple d'une famille dont les parents traversaient une séparation conflictuelle. Elle explique que les parents provenaient de groupes culturels différents. De ce fait, ils avaient des visions différentes par rapport à l'éducation de leur enfant. Selon elle, ces différences culturelles transparaisaient aussi dans leurs conceptions de la santé mentale de leur enfant. Par conséquent, les solutions avaient du mal à s'arrimer et exprimaient des attitudes contradictoires par rapport aux services offerts. Par exemple, un parent était réticent à l'entrée de leur jeune dans un programme spécialisé et l'autre parent, dit-elle, semblait avoir confiance que leur jeune allait bénéficier des services. Cette situation illustre qu'au sein d'une même famille, il peut y avoir des ambiguïtés par rapport au système de soins québécois.

4.1.2 La réaction du parent qui semble dépassé

Outre la méfiance, trois personnes participantes expliquent que lors de l'intervention, certains parents immigrants semblent être dépassés lorsqu'ils sont confrontés aux difficultés de leur jeune. Par exemple, Magalie rapporte une situation de décrochage scolaire, où un jeune ne s'était pas présenté à l'école pendant quelques mois :

Ce parent, dans cette situation, était tellement dépassé parce qu'il vivait en tant qu'adulte des difficultés. Déjà la famille à l'interne, il y avait des conflits [...] pour eux, entre mettre de l'encadrement avec leur enfant pour qu'il aille à l'école ou perdre le lien avec leur enfant, c'était mieux de garder ça. (Magalie)

Alex et Jules soulèvent par ailleurs l'existence de traumatismes chez de nombreuses familles immigrantes liés à une trajectoire migratoire difficile. Ces traumatismes nuisent à la santé mentale de certains parents immigrants et peuvent d'après leurs observations se manifester chez l'enfant :

Ils amènent une plus grande fréquence de traumatismes, dépendamment de leur pays d'origine. [...] J'ai déjà eu plusieurs familles qui proviennent de la Syrie, ils ont fui la guerre... qui me disent : « Je sortais de la maison et j'entendais des bombes qui tombaient. » (Alex)

Ils ont été persécutés, par exemple, dans leur pays d'origine du fait de leur appartenance ethnique, religieuse, politique et il y a des enfants aussi qui sont impliqués là-dedans. Ils ont dû déménager, se cacher, certains ont pu être témoins de choses très difficiles. Et même s'ils n'ont pas été témoins, les parents, s'ils sont traumatisés, c'est certain qu'il va avoir une transmission d'une façon ou d'une autre sur les enfants. (Jules)

Ces antécédents vont à leur tour se manifester dans l'expérience des services de santé mentale, qui peut être accablante pour le parent :

Les parents sont complètement *dépassés* et [...] face à l'enjeu de santé mentale de leur enfant, commencent à développer eux-mêmes des problématiques de santé mentale pour lesquels ils ne comprennent pas. (Alex)

Magalie avance que le contexte d'intervention peut être douloureux pour certains immigrants puisqu'il peut bouleverser les espoirs du projet migratoire. Les défis du jeune dans différentes sphères de sa vie peuvent être perçus comme une sorte d'échec du projet migratoire aux yeux de certains parents :

Je n'ai pas besoin d'un diagnostic pour voir la souffrance des parents. [...] De comprendre la tragédie de leur enfant ou les difficultés auxquelles il fait face. [...] À chaque fois que je fais un plan d'intervention, que je rencontre des parents, ils sont pris au dépourvu. [...] Ils ont tout laissé derrière, les premières générations, pour l'essor de l'éducation de leurs enfants, pour une amélioration quelconque. Mais de se rendre compte que l'enfant vit un échec, ou des difficultés X académiques ou comportementales, c'est *extrêmement* contraignant et difficile pour eux au niveau de leur santé mentale. (Magalie)

4.1.3 La réaction de non-acceptation

La majorité des personnes interviewées rapporte qu'il peut être surtout difficile pour les parents immigrants d'accepter que leur jeune vive des défis et à accepter les recommandations mises de l'avant par l'équipe-intervenante pour les surmonter :

La difficulté primaire [...] c'est : « Mon enfant ne peut pas avoir un diagnostic, ne peut pas être en difficulté. » [...] L'enjeu de « j'ai tout laissé derrière » est tellement présent dans l'arrière-pensée des parents qu'il [leur enfant] ne peut pas avoir des difficultés. *C'est ça* la plus grande fragilité. (Magalie)

Particulièrement avec des familles immigrantes, les diagnostics peuvent être nouveaux, ça peut être quelque chose qui peut être tabou dans leur pays d'origine. [...] Juste de convaincre un parent de faire une évaluation psychologique [pour son jeune] [...] peut être

l'intervention en soi, d'amener une famille à être capable de comprendre le besoin [...] pour avoir les recommandations psychologiques qui peut l'aider. (Alex)

Dans certains cas, les personnes intervenantes étaient d'avis qu'un ou des comportements des parents contribuaient à maintenir ou à renforcer les enjeux de santé mentale de l'enfant. Alex donne l'exemple d'une famille d'origine marocaine qu'il a accompagnée, et dont le jeune vivait beaucoup d'anxiété. À cet effet, il recommandait à la mère de permettre à son jeune de développer son autonomie, en le laissant faire des tâches ménagères, par exemple. Toutefois, il a constaté que celle-ci a perçu sa recommandation comme « une attaque contre sa personne » et sa culture puisqu'elle touchait à son rôle de mère et à celui des générations de femmes avant elle :

On suggère un changement des attentes ou... de la manière que le parent interagit avec le jeune. [...] Ça contribue à leur problématique, mais leur manière est aussi basée sur la culture du pays d'origine. [...] On essaye d'amener des recommandations qui, de leur perception, sont des moyens plus du nouveau pays. Donc, ils développent l'impression qu'on essaye de changer leur culture, tandis que ce n'est pas le cas. (Alex)

Magalie exprime qu'en observant cette réticence des parents à accepter le diagnostic émis, le jeune peut également développer des difficultés à l'accepter et à lui trouver un sens juste. Dans un exemple donné par Maxime, un père immigrant appréhendait fortement les services destinés à son jeune, et cela a eu des impacts sur son cheminement. Iel note que le jeune était peu présent et peu motivé, et ajoute que ce père peinait à accepter que son enfant ait des besoins particuliers. Ce dernier était donc réticent à ce qu'il soit admis à un programme spécialisé. Par ailleurs, Maxime précise que l'école du jeune était rattachée à la communauté culturelle de la famille et cela avait un impact important sur son image. À cet effet, au cours des interventions, le père a dévoilé qu'il craignait que son jeune soit étiqueté par leur communauté d'origine s'il recevait un diagnostic, prenait une médication ou participait au programme.

Je pense que ce jeune, en arrivant au programme, se disait que c'était très temporaire parce que le parent traitait la situation comme étant temporaire. Le parent n'était pas convaincu que ça allait fonctionner, le suivi, avec nos services. [...] Le jeune était très comme : « Moi, je n'ai pas vraiment besoin de m'engager dans une démarche ou de m'engager avec les gens ici ou d'essayer de quelconque façon parce que [...] *I don't belong here.* » (Maxime)

Bien que les services soient de nature volontaire, Maxime explique que l'admission à des services de santé mentale de troisième ligne, particulièrement à un programme de jour est une étape ardue pour l'ensemble des familles étant donné les circonstances l'entourant. Maxime décrit le

programme comme offrant « des services bout de ligne », ayant pour but que l'enfant puisse retourner dans son milieu scolaire régulier. Ces services, qui sont strictement sur référence, sont habituellement recommandés par un médecin ou par l'école en question (ex. école spécialisée), cela parce que les problématiques sont trop importantes pour que le personnel et l'école soient en mesure de soutenir le jeune et sa famille. D'autre part, les familles peuvent devenir épuisées au travers de cet enchaînement d'interventions dont elles sont la cible, qui sont de plus en plus intensives. Il semble alors que la composante interculturelle complique encore plus la notion d'acceptation.

Nous on était un peu comme le dernier recours, si on veut. Donc oui, c'était volontaire, mais ce n'était pas toujours « volontaire » dans le sens que les jeunes des fois avaient des difficultés à être présents, difficultés à accepter qu'il avait besoin d'aide à un certain niveau pour pouvoir retrouver une fonctionnalité régulière. (Maxime)

Il semble donc que la différence culturelle puisse parfois complexifier l'acceptation de la part des parents et du jeune, et donc leur engagement dans les services. Comme discuté, cette réaction peut se manifester lorsque les recommandations émises par la personne intervenante sont dirigées vers la façon d'être des parents immigrants. Ces interventions peuvent alors être interprétées comme un jugement sur la culture d'origine, voire comme un instrument de déracinement culturel. Le recours aux services de soutien en santé plus spécialisés et intensifs peut s'avérer difficile à accepter. Enfin, ces ambiguïtés démontrent l'importance de discuter des conditions d'émergence d'une réaction de non-acceptation.

4.1.4 La réaction du parent autoritaire

Toutes les personnes intervenantes évoquent une image de parents autoritaires lorsqu'il est question des rapports parents-jeune dans les familles immigrantes. Elles insistent sur le fait que les pratiques parentales s'apparentant à un style autoritaire ne sont pas préconisées dans la société québécoise et que cela peut engendrer des malentendus interculturels :

Dans certaines cultures, c'est normal d'avoir un style parental autoritaire. Mais, à Montréal, au Québec, au Canada, c'est le style parental qu'on ne suggère pas d'avoir. (Alex)

Souvent, les parents [...] après une rencontre avec l'équipe-école, ils veulent revenir à la maison [ils veulent] pas chicaner, mais ils veulent remettre à l'ordre ou discipliner, que l'enfant rende fiers leurs choix, qu'il réussisse. (Magalie)

Jules explique que le style parental peut influencer l'interprétation que font les parents du comportement de leur jeune, et que cela peut engendrer des manières très différentes de voir la situation :

Quand en plus tu as la dimension interculturelle et l'on a des parents qui ont une certaine approche auprès de leurs enfants et qu'à notre égard, ce n'est pas approprié dans le contexte d'ici... des parents vont vraiment être beaucoup dans le contrôle par exemple, qu'ils vont... interpréter les mécanismes de défense ou des manifestations d'anxiété chez leur enfant, ils vont l'interpréter d'une façon complètement différente de [...] nous. (Jules)

Jules affirme que bien qu'il y ait « toutes sortes de familles immigrantes », il pense qu'il y a un rapport plus hiérarchisé entre les parents et leurs enfants chez ces dernières, dans la mesure où l'autorité parentale prime et où le jeune tend à y obéir. Jules ajoute qu'au Québec, bien que les adultes exercent une certaine autorité sur leurs enfants, celle-ci est plus souple et laisse une marge de négociation avec l'enfant. Autrement dit, bien qu'il y ait des règles à respecter, celles-ci sont expliquées pour qu'elles aient du sens pour le jeune, qui peut à son tour les remettre en question. L'autorité parentale, au Québec, toujours selon Jules, doit donc être légitimée et le parent tend à répondre avant tout aux besoins affectifs :

Ici, au Québec, on va plus être dans... l'autorité va se construire à travers le lien affectif qu'on tisse avec notre enfant. On va d'abord [...] lui dire qu'il est bon, qu'on l'aime beaucoup, qu'on sait qu'il est capable, et c'est comme ça qu'on va plus obtenir sa collaboration. (Jules)

Jules avance que le jeune, constatant cet écart, peut se comparer avec ses pairs de la société d'immigration et se sentir dans l'obligation de devoir choisir entre différents référents culturels :

L'enfant, il évolue dans un environnement où on lui dit qu'il a des droits. Il se compare beaucoup, beaucoup aux autres enfants dont les parents sont beaucoup plus relaxes, qui sont dans des modèles plus horizontaux. [...] il aura [...] à choisir entre ce que disent les parents et ce que dit la société d'accueil. (Jules)

Le fait que l'équipe-intervenante puisse endosser des valeurs parentales différentes, voire opposées, de celles des parents fait en sorte que le jeune peut se sentir dans un conflit de loyauté entre ce que le milieu d'intervention, voire la société de manière générale, promeut, et ce que les parents préconisent. Cette position inconfortable peut compliquer l'engagement dans les soins, voire nuire à un état de santé mental déjà fragilisé.

Par ailleurs, Maxime établit des distinctions entre les rapports parents-enfants en fonction de la présence (ou non) de violence physique infligée à l'enfant. Ce type d'autorité parentale va généralement avoir un impact sur l'évolution du jeune au sein des services. Par exemple, lorsqu'il y a de la violence, le partage d'informations entre les personnes intervenantes et les parents va être plus délicat, car il peut présenter des risques. Maxime insiste sur le fait que la violence physique n'est pas le propre des familles immigrantes, mais qu'il s'agit d'une discipline incompatible avec la norme dominante de la société québécoise. Chose certaine, elle souligne que les personnes intervenantes ne sont pas « à l'aise avec ce type de discipline » :

Au niveau éducatif, il y a eu certainement des *clashes* de culture au niveau de la discipline. Je pense que beaucoup de familles québécoises ou liées à la culture québécoise ne sont pas à l'aise avec [le fait d'] utiliser la force physique ou de frapper un jeune pour [...] faire la discipline. [...] C'était quelque chose qu'on voyait par moments parce que [...] ces familles-là étaient habituées de l'utiliser comme méthode de discipline tout au long de leur vie, c'est quelque chose qu'ils ont toujours connu. [...] Ce n'était pas quelque chose à laquelle ils [les personnes intervenantes] étaient d'accord, ou à laquelle ils adhéraient au sein de leur propre culture. (Maxime)

Maxime note somme toute que ce type d'éducation tend à contrevenir à l'intervention, particulièrement en contribuant à des dynamiques où le partage d'informations peut placer le jeune dans une position vulnérable. Elle fait surtout référence au partage de situations difficiles avec les parents, telles que l'utilisation d'une mesure d'isolement ou de contention par l'équipe intervenante auprès de leur jeune :

Dès qu'il y avait comme un sentiment que je peux me faire chicaner ou que je peux avoir des conséquences physiques... là la dynamique parents-enfant était plus *insécure*, était plus dans la peur versus où est-ce qu'il n'y avait pas [...] de discipline physique. Là, on voyait que c'était plus facile [...] que le jeune soit comme : « Oui, je veux partager ça avec maman et papa. » (Maxime)

Le style parental autoritaire est alors évoqué comme un style inadapté aux pratiques parentales préconisées au Québec. Du point de vue des personnes interviewées, ces pratiques sont le plus souvent considérées comme alourdissant la détresse du jeune. Elles semblent aussi nuire au cheminement de l'enfant dans les services et programmes de soutien qui lui sont destinés, et installent un climat peu propice à un travail de collaboration avec l'équipe intervenante.

4.2 Les explications des réactions parentales et des défis de l'intervention

Les personnes intervenantes ne se contentent pas de noter des formes de résistance, mais elles cherchent aussi à les comprendre. Les explications données aux différentes réactions de résistance (ex. réactions de méfiance, de non-acceptation, du parent dépassé et du parent autoritaire) sont importantes dans la mesure où elles peuvent orienter l'action de la personne intervenante en santé mentale. Autrement dit, elles peuvent guider le choix des stratégies qu'elles emploient ou qu'elles préconisent pour susciter l'engagement des parents. Les personnes interviewées se distinguent dans les raisons mises de l'avant pour expliquer ces phénomènes. On peut toutefois réunir leurs propos en quatre ensembles de facteurs : les facteurs d'ordre psychologique, les facteurs d'ordre culturel et migratoire, les facteurs liés à la situation économique des familles et les facteurs liés à l'organisation des services de santé mentale et aux normes des institutions et organismes.

4.2.1 Les explications psychologiques

Alex et Jules sont d'avis que l'engagement d'un parent peut se traduire par son acceptation de sa part de responsabilité dans la situation. Cette responsabilité comprend entre autres la reconnaissance d'un impact direct sur la santé mentale de son jeune, et s'accompagne d'une ouverture du parent à modifier sa manière de fonctionner, d'agir et de communiquer avec son enfant. Ici, l'engagement passe nécessairement par la responsabilisation du parent :

Jusqu'à quel point le parent reconnaît sa part de contribution dans les problèmes de son enfant, c'est là que se pose la question de l'engagement dans le processus d'intervention. Et que ce n'est pas toujours gagné d'avance. (Jules)

Un parent engagé ne serait pas ambivalent. [...] Il va être capable de réfléchir sur ses comportements, ses interactions, ses défis... ou nous laisse la capacité de l'amener à être capable de le faire. [...] Il reconnaît qu'il a du travail à faire. Un parent qui n'est pas engagé va souvent se justifier [...] se distancer du problème. (Alex)

Dans le même ordre d'idées, Alex explique que la résistance de certains parents en contexte de soins peut parfois être attribuée à une faible capacité de se remettre en question ainsi qu'à des attentes inadaptées envers les services publics :

C'est souvent cette dynamique qui nuit n'importe quelle intervention. Je ne peux pas dire le nombre de fois où c'est « aide mon enfant », « gère mon enfant », « sauve mon enfant »... Parce que la réalité c'est que souvent les parents croient que c'est seulement l'enfant qui

amène le problème, sans réaliser que toutes les interactions parents-enfants, ça va des deux côtés. [...] souvent, les parents oublient que leurs interactions, la manière qu'ils communiquent, qu'ils parlent, les mots qu'ils utilisent peuvent améliorer une situation où ça peut dégénérer une situation. (Alex)

Jules explique que l'expérience des services peut entraîner des sentiments de culpabilité chez certains parents, particulièrement dans des situations où leurs comportements sont mis en cause :

C'est des parents dont on voit un peu à quel point, avec toutes leurs bonnes intentions, ils finissent par nourrir les symptômes de leur enfant [...] par des messages à double sens. [...] Quand on se retrouve dans des dynamiques comme ça, ça devient difficile de faire prendre conscience au parent de sa part de contribution aux problèmes. Ça devient très culpabilisant. [...] Le parent qui veut qu'on règle les problèmes de son enfant, mais comme intervenant on se rend compte que ça doit passer par le parent, qui doit d'abord lui faire certaines démarches dans sa façon de se comporter auprès de son enfant. (Jules)

Ce qui caractérise ces explications de type psychologisant, c'est le fait que les personnes intervenantes ne rapportent pas les réactions des parents à des considérations plus structurelles ou systémiques. Ici, leurs descriptions du parent engagé ou non engagé ne vont pas au-delà des dispositions individuelles des personnes accompagnées. Par conséquent, elles peuvent conduire à un style d'intervention axé sur l'adaptation du parent.

4.2.2 Les explications culturelles et migratoires

La majorité des personnes participantes attribue directement les réactions de résistance des parents immigrants à des facteurs culturels et migratoires. Elles décrivent un écart potentiel avec eux à propos des dimensions suivantes : le sens donné aux difficultés du jeune, les stratégies à mettre en place pour y remédier, et les visions de l'autorité et des rôles parentaux.

Alex explique notamment que les recommandations émises par les personnes intervenantes sont parfois perçues comme « une attaque contre leur culture, autant que leur parentalité », dans la mesure où les rôles au sein de la famille peuvent découler de la culture :

De temps en temps, ce qu'on propose, qui peut les aider, crée un dilemme pour la famille immigrante parce que peut-être c'est complètement différent de leurs propres apprentissages, leurs propres expériences qu'ils ont eues dans leur pays d'origine. Particulièrement, une famille nouvellement arrivée, ils sont encore dans l'intégration, elle connaît moins la culture de leur nouveau pays. Et là, il y a un problème qui commence, elle

cherche de l'aide et l'aide qu'elles reçoivent, les recommandations sont maintenant *contre*, d'une certaine manière, leur culture. (Alex)

Certaines personnes rencontrées rapportent d'ailleurs parfois la réaction du parent autoritaire à une explication liée au projet migratoire et au fait que dans l'immigration, le jeune peut vivre une pression démesurée de la part de ses parents :

On voit souvent chez les familles immigrantes cette idée qu'on a faite beaucoup de sacrifices pour venir au Canada. [...] La performance scolaire est [...] souvent exigée. Ce sont des messages continus qui sont transmis aux enfants et c'est lourd. [...] Il faut performer. Il ne faut pas décevoir ses parents. [...] Des fois, on peut voir l'espoir des parents de réussir le projet migratoire à travers l'anxiété que vit leur enfant. (Jules)

C'est une pression de la deuxième génération, en fait, il y a des statistiques, des études là-dessus, cette pression qui est un non-dit, que tu n'as pas le choix de réussir. (Magalie)

4.2.3 Les explications socio-économiques

La plupart des personnes interviewées soulignent l'existence d'enjeux socio-économiques ou de « symptômes environnementaux » avec lesquels composent certaines familles immigrantes, ce qui les fragilise davantage :

Quand des familles immigrantes vivent des enjeux de santé mentale et que cela se rajoute à des problématiques environnementales *déjà* en place, soit peut-être, ils ont un mauvais logement, des insectes ou de la difficulté à maintenir un emploi. Peut-être ils ont un emploi, mais il y a des bébés à la maison, alors il y a un salaire et un parent travaille des heures supplémentaires et l'autre parent est là seul. [...] Peut-être [...], il y a beaucoup d'éducation, mais qu'ils ne trouvent pas un emploi dans leur domaine parce que les équivalences sont différentes. Alors, ça nuit sur leur santé mentale parce qu'ils commencent à se sentir *inadéquats*. (Alex)

Analphabètes aussi. Il y en a qui ont de la difficulté à nous écrire, donc ils sont gênés de nous parler. [...] Des fois, c'est juste les circonstances, que la vie va vite, ils peuvent être dépassés par tous les événements, que même si on leur tend la perche, souvent c'est trop loin de portée pour eux. Il y a aussi des mamans très vulnérables, n'ont pas d'emploi, quatre enfants, ne veulent pas quitter la maison, n'ont pas Internet. Donc, difficile d'accès pour eux aussi. (Magalie)

Elles soutiennent que la difficulté des familles à satisfaire leurs besoins de base constitue une barrière importante à leur présence au sein des services. Les circonstances autour de l'intervention en santé mentale peuvent alors être très contraignantes.

C'est un peu mettre la balance et faire comme... est-ce que je choisis d'aller à une rencontre ou je choisis de travailler pour avoir les sous pour financer des activités, des soupers, mon loyer, etc. ? (Maxime)

Lorsque les personnes intervenantes renvoient la réaction et certains des comportements des parents à des explications d'ordre socio-économique, elles peuvent se prêter à des stratégies d'intervention davantage axées sur l'amélioration des conditions objectives des familles accompagnées, de sorte qu'elles soient mieux disposées à s'engager dans un suivi de santé mentale.

4.2.4 Les explications organisationnelles et institutionnelles

Trois personnes intervenantes désignent des facteurs d'ordre organisationnel et institutionnel comme contrevenant à la pleine participation des parents.

Par exemple, Magalie considère que les parents immigrants qu'elle accompagne sont très engagés dans les services destinés à leur jeune. Elle constate aussi qu'ils sont toujours ouverts lorsqu'ils ont la possibilité de rencontrer une personne travailleuse sociale ou psychologue. Selon elle, leur motivation à quitter leur lieu d'origine, qui est essentiellement celle d'assurer un meilleur avenir à leurs enfants, explique en grande partie cette forte implication. Ce sont plutôt des facteurs d'ordre institutionnel qu'elle désigne comme contrevenant le plus à la pleine participation des parents, tels que le manque de ressources spécialisées en santé mentale. La pénurie de spécialistes en santé mentale, dit-elle, touche autant les jeunes que les personnes proches aidantes. Elle donne l'exemple du fait que plusieurs demandes de services effectuées en début d'année scolaire doivent être reportées à l'année suivante.

J'ai bien beau avoir le diagnostic, mais est-ce qu'on peut trouver une travailleuse sociale, spécialisée en troubles de la santé mentale ? Pour les enfants, c'est une chose. Mais est-ce qu'on peut trouver aussi une personne qui va assister les parents dans ça, qui parle dans telle langue ? [...] Oui, il y a une difficulté dans la réelle compréhension du problème et l'encadrement, parce que c'est méconnu, mais ce n'est pas parce qu'ils sont fermés. Il faut vraiment faire la nuance. Les parents, s'il y avait les services, l'encadrement, en tout temps ils le prendraient. (Magalie)

Magalie fait aussi référence aux biais qui peuvent exister au sein des équipes-écoles, lesquelles réfèrent les jeunes et les familles au milieu communautaire dans lequel elle œuvre. Elle fait

référence à une forme de culturalisme lorsqu'il est question des enjeux que rencontrent les élèves d'origine immigrante. Ici le culturalisme réfère à l'utilisation du filtre de la culture pour interpréter les comportements et les difficultés observés (Vatz-Laaroussi, 2000). Selon elle, ces biais vont avoir un impact sur le degré d'implication de l'école dans la résolution des défis rencontrés par le jeune qui peut même aller jusqu'à un désinvestissement de sa part :

On dirait que c'est facile le réflexe pour un spécialiste, pour l'équipe-école de dire : « Il est TSA, mais c'est dû à tel truc qui est interculturel ou c'est dû à un tel manquement, il n'a pas eu accès à telle chose. » Donc, j'ai l'impression que la *connexion* avec les élèves [issus de l'immigration] qui ont un trouble de santé mentale, il y a moins une réelle empathie. (Magalie)

Dans le sens où eux autres, ils vont faire leurs interventions et ils ont l'impression que le reste, ça ne les regarde pas [...], ils s'en lavent un peu les mains quand ça les concerne encore. (Magalie)

Jules pense également qu'il peut y avoir un écart culturel trop grand entre les principes défendus par les personnes intervenantes (ex. éloge de l'autonomie et l'expression des émotions) et les familles immigrantes.

Je comprends les parents qui sont critiques envers la société d'accueil. Souvent, j'entends les parents dirent : « Ici, là, il y a trop de libertés qu'on donne aux jeunes. On est là, "c'est quoi ton problème, pauvre petit ? Allez, parle, explique-nous ce qui ne va pas", alors qu'ils font n'importe quoi ». [...] Je ne sais pas à quel point on le voit, nous les intervenants... ce biais qu'on a envers parler des problèmes, les *émotions*. « Dis-nous ce que tu penses à l'intérieur », c'est très occidental. Sérieux, je me demande, qu'est-ce qu'ils pensent de ça, notre façon d'approcher les jeunes à partir des *bobos*. [...] Ça se peut qu'il y ait des écarts de cet ordre-là. [...] Tu as la question de l'autonomie aussi. Pour eux, l'autonomie c'est synonyme de [...] trop de libertés, et nous, on est là « émancipe-toi », « affirme-toi ». Ça aussi, peut-être, ils voient ça d'un très mauvais œil. Ça, c'est l'angle mort des intervenants. (Jules)

Jules est conscient que le nouvel univers normatif dans lequel se retrouvent les parents puissent les rebuter puisqu'il diffère de l'éducation qu'ils ont reçue dans leur pays d'origine. Ses propos montrent par ailleurs qu'il ne considère pas les parents comme des êtres passifs qui subissent leur nouvel environnement, mais qu'ils sont capables de jugement et en mesure de contester certaines valeurs prônées par la société d'immigration.

Maxime décrit quant à elle les réactions de résistance des parents comme étant des marques d'engagement. Les hésitations des parents et leurs doutes liés aux recommandations de l'équipe-intervenante témoignent alors de leur volonté de soutenir leur enfant.

Lorsqu'il y avait des *clashes* au niveau des valeurs [...] au niveau de la médication, des choses qui étaient comme de l'inconnu [...] l'engagement était toujours le même et, au contraire [...] prouvait que ses parents étaient engagés, parce qu'ils se questionnaient, parce qu'ils étaient curieux, parce qu'ils voulaient s'assurer que leur enfant recevait les meilleurs services pis qu'on ne faisait pas juste leur *pitcher* un peu n'importe quoi pis on espérait que quelque chose colle [...] Pour essayer de comprendre pourquoi certaines interventions étaient nécessaires. (Maxime)

Par conséquent, iel désigne principalement des facteurs plus systémiques comme restreignant la capacité d'engagement des parents. Par exemple, les délais d'attente peuvent épuiser certaines familles immigrantes en quête de services.

Des fois, c'est aussi la fatigue, l'épuisement, donc le fait que ça leur a pris des mois, des années avant de pouvoir avoir des services pis... qu'ils doivent se battre contre un système qui n'est pas super disponible ou accessible. (Maxime)

Maxime constate qu'il arrive qu'un parent ne soit pas enclin à s'adapter au cours du processus d'intervention. Il peut par exemple être réticent à consentir à un suivi thérapeutique pour son jeune ou pour lui-même. Cependant, un manque d'ouverture de la part du milieu en matière du choix des interventions et des approches à préconiser peut également freiner l'évolution d'un suivi. Iel exprime que les approches se limitent souvent à de l'éducation psychologique. Dans les cas où les personnes intervenantes perçoivent une résistance chez les parents, elles ont tendance à leur réaffirmer les bienfaits des méthodes établies.

Réaliser [...] qu'il y a une autre formule à laquelle eux [les parents] seraient plus confortables, qui nous est inconnue. [...] Peut-être que c'est nous aussi qui posons un frein en mettant en place seulement des ressources qui sont connues ou reconnues de notre système de santé. Dans le fond, d'assurer d'avoir une certaine ouverture et pas juste d'offrir des services qui sont comme psychosociaux. (Maxime)

Selon Maxime, ce manque d'ouverture peut être attribué, en partie, au manque de ressources, en termes de temps, d'énergie et de main-d'œuvre. Lorsqu'il manque de ressources, par exemple, l'espace manque pour réfléchir hors du cadre. Des approches alternatives, qui reconnaissent davantage les apports de la famille et de la culture dans l'intervention, peuvent passer sous silence.

Je pense que les intervenants n'étaient pas à l'aise, sentaient un certain inconfort à aller à l'extérieur de leur expertise. Ils ne voulaient pas nécessairement se lancer dans quelque chose qu'eux ne connaissaient pas bien pis qui pourrait avoir un impact dommageable sur le jeune. Je pense qu'il y avait beaucoup de barrières administratives qui faisaient en sorte que ce n'était pas encourageant de sortir du chemin battu des interventions. (Maxime)

Les contraintes administratives ou légales peuvent aussi faire en sorte que l'équipe des soins évite de prendre des risques en changeant sa façon de faire :

C'était par moment très difficile d'avoir des intervenants sur le plancher. [...] Ça fait en sorte qu'on manque des choses au niveau de la dynamique familiale ou... au programme de voir le parent à part entière parce qu'on a de la difficulté à juste rouler le programme au *day to day*. (Maxime)

Selon Jules, il existe un *a priori* pour l'individu dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il explique qu'à l'étape du référencement, les demandes de services psychosociaux doivent généralement se faire par individu. La tenue des dossiers se fait également sur une base individuelle. Or, le plus souvent les enjeux sont d'ordre familial. Jules fait référence à une situation dans laquelle les parents ont été victimes de violence avant leur départ au Québec. Il ajoute que les enfants ont vu leurs parents se faire battre. Ces événements ont plongé la famille dans ce que Jules caractérise comme un « un stress post-traumatique ».

Quand j'essaye de les référer à des services [...] c'est comme : « Il faut voir Monsieur, c'est un service pour Monsieur. Ah, vous voulez des services pour Madame aussi ? Alors il faut faire une demande spéciale pour Madame... » Mais qui va s'occuper de la famille ? (Jules)

Cette fragmentation des services peut miner l'importance d'intervenir avec l'ensemble de la famille (Vatz-Laaroussi, 2007). Or, une intervention plus globale peut être d'une grande importance lorsque se pose l'enjeu de traumatismes vécus au cours de la trajectoire migratoire (Vachon et collab., 2017).

4.3 Les stratégies des personnes intervenantes pour susciter l'engagement

Les personnes intervenantes ont toutes évoqué des stratégies pouvant contrebalancer les réactions de résistance mentionnées plus haut. Alors que certaines d'entre elles sont appliquées en pratique, d'autres sont plutôt souhaitées, essentiellement parce qu'elles ne relèvent pas directement ou seulement de leurs actions individuelles. À titre d'exemple, les contraintes institutionnelles soulevées par les personnes intervenantes peuvent restreindre leurs efforts de susciter l'engagement des parents. Les stratégies répertoriées se distinguent par leur niveau systémique au sein du modèle écologique. Cela dit, l'emploi d'une stratégie par une personne intervenante n'exclut pas la considération de certaines autres à d'autres moments de l'intervention ou auprès d'autres familles.

4.3.1 Les stratégies axées sur l'adaptation du parent

Les stratégies axées sur l'adaptation du parent visent à ce que le parent change sa façon d'entrer en relation avec son jeune ayant des enjeux de santé mentale. Elles mettent en cause les pratiques parentales, dans la mesure où la personne intervenante est d'avis qu'elles contribuent au développement ou au maintien des difficultés traversées par l'enfant. Le parent se retrouve alors dans une posture d'apprenti. Dans ce cas de figure, les pratiques des parents immigrants sont considérées comme étroitement liées à leur culture d'origine. Par conséquent, ils font état du besoin, dans un contexte interculturel, d'adapter les pratiques parentales aux normes d'« ici ». C'est souvent le cas lorsqu'elles sont considérées comme autoritaires.

Là, on introduit l'enjeu d'adaptation culturelle dans un autre pays où est-ce que les parents ont grandi et c'est là qu'on peut créer des ouvertures vers une nouvelle façon d'éduquer un enfant ou d'être en relation avec lui pour traiter les enjeux de santé mentale. Si l'enfant est anxieux ou dépressif ou très renfermé sur lui-même parce qu'il ne se sent pas bien, ça serait une façon d'aborder, je dirais avec les parents, l'adaptation des pratiques parentales. (Jules)

Tu viens d'un pays avec une culture complètement différente, un style de vie différent, des attentes parentales différentes. [...] Si le style parental n'aide pas avec la problématique de santé mentale, il faut autant travailler cet aspect-là. (Alex)

Jules relate une situation dans laquelle il a été appelé à intervenir auprès d'une famille d'origine africaine dont le jeune avait accumulé un retard scolaire important. Jules explique que cet adolescent « se laissait plutôt aller » en salle de classe et était peu motivé. Il explique qu'en faisant

des interventions à domicile, il a remarqué que la mère du jeune lui criait dessus en vue de corriger ses comportements, que cela n'avait pas de retombées positives et qu'au contraire, cela avait pour effet qu'il fuyait les adultes. Jules a alors eu recours au modelage, c'est-à-dire à l'apprentissage par observation. Ainsi, il demandait à la mère de l'observer parler à son enfant d'une façon qui s'apparente aux comportements parentaux attendus au Québec.

Le jeune, il avait peur de moi, parce qu'il s'attendait à ce que je fasse un peu comme en Afrique peut-être, en Afrique il s'attendrait qu'on crie après lui. Il a toujours eu l'habitude qu'on crie après lui et il essaye de fuir les adultes. Donc, moi j'y allais d'une autre façon... qu'ici nous on est habitué en Occident : « Qu'est-ce que tu penses de tout ça ? Toi, qu'est-ce que tu veux faire plus tard ? » Des fois je demandais à la mère d'être présente, un peu pour faire du modeling. [...] J'ai l'impression que c'était difficile pour elle, c'était plus fort qu'elle d'exprimer son mécontentement et de lui dire qu'il n'était pas correct et là, l'enfant faisait juste baisser la tête. (Jules)

Avec ce type de stratégie d'intervention, on comprend que le comportement du parent est rapporté à sa culture et non à d'autres considérations plus systémiques, par exemple le stress financier de la famille ou d'autres expériences qui peuvent accompagner la condition d'immigrant. Le problème étant considéré comme découlant de la culture du parent, il reste à tenter l'éduquer, de l'amener à modifier ses comportements de manière à ce qu'ils soient davantage conformes à ceux préconisés par les spécialistes ou aux valeurs de la société québécoise.

4.3.2 Les stratégies relationnelles

Les stratégies relationnelles visent à construire un lien de confiance avec les parents par le biais d'une reconnaissance mutuelle avec la personne intervenante. Elles peuvent favoriser un partage de pouvoir entre les personnes impliquées, notamment en laissant place à une diversité de points de vue sur les enjeux de santé mentale rencontrés par le jeune et les façons d'y remédier. Ici, cela semble souvent nécessiter, selon les personnes intervenantes, de recourir à une approche interculturelle et donc une plongée dans l'univers culturel des familles.

Toutes les personnes participantes expliquent que le développement du lien thérapeutique avec les familles immigrantes est primordial. Magalie et Jules témoignent que le lien thérapeutique peut être tissé dans la mesure où il y a une reconnaissance mutuelle entre la personne intervenante et les parents :

C'est là que l'approche interculturelle prend tout son sens. C'est qu'il faut qu'il [le parent] se sente compris dans ce que *lui* il perçoit des difficultés de son enfant. [Qu'il sente] que ce n'est pas juste une affaire d'intervenant qui pense que ça marche, que c'est comme ça, que le problème c'est à cause de telle raison... voilà l'explication du problème, c'est à prendre ou à laisser. (Jules)

C'est un échange, en fait. Donc l'approche interculturelle, c'est de leur montrer notre regard, de notre culture, de notre personne. [...] C'est d'accepter de reconnaître l'autre et d'accepter aussi de nous, se redéfinir au travers de tout ça. (Magalie)

Magalie explique qu'elle parvient à créer un pont avec les familles lorsqu'elles leur partagent des défis identitaires et d'intégration qu'elle a elle-même traversés en tant que fille adoptée d'origine vietnamienne :

Je suis techniquement immigrante, mais j'ai grandi dans une famille québécoise de souche. Donc j'ai été privilégié, clairement, j'ai fait mon système scolaire, j'ai un nom de famille qui est québécois, à l'oral je n'ai pas de souci. Donc, quand je leur explique que j'ai de l'empathie envers eux parce que je peux avoir un *millième* de difficultés qu'ils ont peu connaître, avec tout mon bagage, mais que moi j'ai eu de la difficulté, quand je leur ramène ce témoignage-là, le lien se fait tout de suite. (Magalie)

Alex explique l'importance de ne pas agir en vitesse dans le suivi, c'est-à-dire de ne pas intervenir immédiatement sur les enjeux psychologiques traversés par le jeune. Il donne l'exemple de l'utilisation d'un génogramme de trois générations avec les familles immigrantes, afin de dresser un portrait de leur histoire familiale et migratoire, et des défis associés :

Si tu ne comprends pas leur culture, si tu n'es pas prêt à écouter et faire des liens avec leur culture, tu ne vas pas avoir une bonne relation thérapeutique. [...] Si je parle spécifiquement d'enjeux d'intégration où je veux vraiment rentrer dans le portrait migratoire, ou si j'en discute avec eux au niveau d'un génogramme, il y a toujours des liens culturels qui se font. [...] pour observer les *patterns* dans la parentalité ou dans l'immigration, qui peut nous donner de meilleures analyses de l'enfant, le jeune, les parents qui sont en suivi avec nous. On n'a pas un vrai portrait de la famille, de l'enfant, des parents, si on enlève la culture. (Alex)

Par ailleurs, les personnes intervenantes rencontrées misent aussi sur des interventions axées sur leur relation avec les parents lorsqu'ils valorisent l'expertise des parents. Maxime souligne en effet que, bien que l'équipe-intervenante détienne une expertise en santé mentale, le parent a aussi des

expériences de vie qui lui procurent une expertise légitime, notamment lorsqu'il est question de sa famille et de ses enfants.

Enfin, les personnes intervenantes semblent aussi fournir des efforts d'éducation des parents, mais une éducation entendue dans un sens positif, c'est-à-dire visant à traduire en un langage simple des diagnostics parfois très pointus et difficiles à comprendre pour quiconque n'est pas familier avec l'univers médical :

Ce n'était pas toujours facile, dans ces moments-là, il y avait beaucoup de communication, d'éducation psychologique qui se produisait pour qu'on arrive à un certain consensus. [...] Juste d'avoir une compréhension générale du TDAH et du trouble d'opposition, c'est quelque chose qui n'est pas facile à quelqu'un qui n'a pas étudié en santé mentale. [...] Mais d'autant plus à des gens qui ne parlent pas avec ce langage-là au quotidien ou que ça ne fait pas nécessairement partie de leur culture. Pour eux, c'est parfois difficile à comprendre certains concepts, donc c'était vraiment important de s'asseoir et de leur expliquer et de trouver une manière que ça fasse sens pour eux. »
(Maxime)

4.3.3 Les stratégies institutionnelles

Les stratégies institutionnelles engagent les milieux de travail, plus globalement le réseau de santé et des services sociaux à s'adapter (organisation des services, approches d'intervention préconisées, accessibilité, conditions de pratiques, etc.) afin de mieux tenir compte des besoins des familles immigrantes. Par exemple, cela peut consister à conscientiser les équipes partenaires quant aux biais possibles et potentiellement nuisibles dans leur travail auprès de familles immigrantes :

L'équipe-école, de base, c'est surtout d'aller défaire des jugements ou certaines critiques. Ils ont souvent un regard qui n'est pas interculturel, justement. Dans leur tête, « eux autres ils ont une façon de faire, nous c'est comme ça, ça ne fonctionne pas ». C'est vraiment de venir nuancer que leur bagage [des familles] n'est pas à effacer complètement. C'est beaucoup d'apprentissages qu'on a à faire, pas aux parents, mais à l'équipe-école.
(Magalie)

Elles peuvent aussi prendre la forme d'une plus forte représentation de la diversité dans les équipes de soutien en santé mentale. Comme l'explique Maxime, les personnes intervenantes sociales qui agissent sur le plancher peuvent agir sur « l'ici et le maintenant ». Toutefois, elles disposent de très

peu d'influence dans le choix des interventions et des objectifs concernant le jeune. La diversité culturelle doit alors aussi être représentée dans les rôles plus déterminants.

Je pense que d'avoir des employés qui sont issus d'une certaine diversité culturelle, ça aiderait, parce que ça changerait comme un peu les perspectives et les discussions au sein de l'équipe même. Pis quand je dis une équipe qui est issue d'une diversité culturelle, ce ne sont pas juste des gens qui sont éducateurs spécialisés ou qui sont présents pour la sécurité, c'est des gens qui ont un pouvoir décisionnel sur la vie de ces jeunes. Donc, le médecin, le psychologue. Tu sais, c'est comme ceux qui sont sur le plancher, ils ont une capacité décisionnelle dans l'ici et le maintenant et dans l'intervention, dans le aujourd'hui. Mais ils n'ont pas un pouvoir décisionnel sur les interventions qui vont être appliquées, le cheminement du jeune, sur le plan d'intervention, sur les objectifs à fixer. (Maxime)

4.3.4 Les stratégies structurelles

Enfin, certaines personnes intervenantes semblent recourir à des stratégies d'ordre plus structurel lorsqu'elles cherchent à conscientiser les parents et les jeunes au caractère collectif de leur situation personnelle et familiale (Lapierre & Levesque, 2013). Ces stratégies peuvent contribuer à renforcer l'unité familiale à travers l'expérience commune. Par exemple, Magalie tente parfois, non sans recourir à sa propre expérience migratoire afin d'appuyer son propos, de montrer aux parents que les défis rencontrés par leur enfant sont souvent les mêmes que ceux qu'ils rencontrent eux-mêmes, cela parce qu'ils sont dus à une condition plus globale qui les dépasse, celle de l'immigration :

Les réalités qui se passent à l'école, les difficultés, il [l'enfant] peut être gêné de parler la langue, se sentir, au niveau de l'identité, fragile. [...] mon impact, c'est de dire aux parents « vous êtes dans le même bateau », « connectez avec votre enfant parce que vous-mêmes vous passez par les mêmes émotions », « [...] témoignez de ce que vous vivez avec votre enfant ». Ça va faire en sorte que la deuxième génération ne va pas juste finir par blâmer [leurs parents] : « moi je n'ai pas voulu venir ici et pour moi c'est difficile »... pour le parent aussi [...]. Je leur dis de redescendre au niveau de leur enfant [...] et de faire ça dans le jeu pour que les deux, ça soit agréable et non seulement dans la souffrance des deux côtés. (Magalie)

L'autoréflexivité est également une stratégie employée par certaines personnes interviewées, en vue d'améliorer leurs interventions auprès des familles immigrantes. L'autoréflexivité permet en effet de replacer les personnes impliquées dans la relation d'aide au sein des grands rapports de pouvoir. Cela peut tantôt aider la personne intervenante, de par sa propre appartenance à un groupe marginalisé, à être sensible à la réalité des familles immigrantes, tantôt à prendre conscience de sa

position privilégiée et de ses biais potentiels. C'est ce qu'explique Maxime, qui s'identifie à la fois comme membre d'une communauté marginalisée (*queer*) et comme membre d'un groupe privilégié (*blanc non immigrant*) :

Le fait d'avoir grandi dans un milieu qui était [...] plutôt blanc, qui venait d'un *background* aisé, ça limite ta vision de ce qui est la réalité. [...] Mon identité de genre et mon orientation sexuelle a fait en sorte que, je me suis beaucoup posé de questions par rapport à l'espace que je prends et par rapport au fait qu'il y a des gens qui prennent mon espace. Je veux être très respectueuse de l'espace des autres dans tous les sens possibles, autant de genre que de culture et je pense que ça fait en sorte que j'ai beaucoup de respect et de compassion pour les gens qui peuvent vivre de la discrimination ou qui sentent une certaine marginalisation que moi à cause de mes privilèges je ne pourrais jamais vivre. (Maxime)

Maxime explique que ses privilèges ont un impact sur sa capacité à intervenir :

En contexte d'intervention, si je sens qu'il y a un malaise ou que je sens qu'il y a quelqu'un autour de moi qui fait une intervention qui n'est pas adéquate, c'est important que dans mon rôle de personne privilégiée je dois prendre la parole et m'assurer que cette personne-là n'est pas dans une posture où elle doit toujours expliquer sa discrimination ou son sentiment de marginalisation. [...] on n'a pas tous la même réalité, et on n'a pas même grandi dans les mêmes milieux et que différentes approches et visions peuvent être tellement bénéfiques et amener tellement de bon. (Maxime)

Jules fait également preuve d'autoréflexivité lorsqu'il délibère sur les implicites culturels qui peuvent exister dans ses pratiques auprès des familles d'origine immigrante :

Je ne m'en rends même pas compte à quel point l'autonomie est quelque chose de fondamental dans ma façon de travailler, jusqu'à quel point ils trouvent ça embêtant les familles immigrantes. (Jules)

Bref, les personnes intervenantes font usage de stratégies qui se distinguent notamment par leur cible (ex. parent, autres personnes intervenantes, institutions), le rôle de chacune dans l'intervention (ex. parent apprenti, parent expert) et le degré d'auto-divulgaration de la personne intervenante (ex. partage du vécu migratoire). Certaines personnes interviewées mettent aussi en place des stratégies d'intervention axées sur l'amélioration des conditions objectives des familles accompagnées (ex. références à des ressources d'aide alimentaire, de soutien au logement, de soutien dans l'obtention des prestations pour enfants et familles). L'usage de ce type de stratégies peut contribuer au mieux-être des jeunes et des parents, qui peuvent être de ce fait mieux disposés à un suivi de santé mentale.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif de comprendre les perceptions des personnes intervenantes sociales au Québec sur la place qu'ont ou devraient avoir les parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes. La chercheuse a rencontré quatre personnes intervenantes sociales œuvrant en contexte interculturel auprès de jeunes aux prises avec des difficultés de santé mentale et de leurs parents. L'analyse de contenu thématique a fait émerger trois thèmes dominants dans les discours des personnes intervenantes : 1) les principales réactions de résistance qu'elles rapportent avoir observé, dans leur pratique, de la part des parents immigrants : la réaction de méfiance, la réaction du parent qui semble dépassé, la réaction de non-acceptation, la réaction du parent autoritaire. Ces réactions peuvent être caractérisées par des attitudes, des croyances et des gestes qui déroutent, complexifient et font obstacle à l'intervention attendue en santé mentale; 2) les formes d'explication qu'elles donnent à ces réactions. Les personnes intervenantes tendent à attribuer les réactions de résistance des parents à des facteurs psychologiques, culturels et à des éléments plus systémiques (ex. institutionnels et organisationnels). Leurs explications colorent les formes d'intervention qu'elles mettent en place; 3) les formes d'intervention mises en place et les stratégies proposées pour susciter l'engagement des parents dans l'intervention en santé mentale. On retrouve notamment des stratégies axées sur l'adaptation du parent, des stratégies relationnelles et des stratégies structurelles. Enfin, les personnes participantes font preuve d'agentivité et de réflexivité par rapport à leur pratique en contexte interculturel.

Toutes les personnes interviewées sont d'avis que la participation des parents dans l'intervention est importante pour l'évolution du suivi de santé mentale. Ce sont les formes que celle-ci prend et les possibilités de son émergence qui sont équivoques d'un milieu à l'autre et d'une personne intervenante à l'autre. Par ailleurs, ce sont les filtres par lesquels les personnes intervenantes passent pour interpréter les attitudes et les comportements de résistance qui vont influencer les manières dont le suivi va se déployer et le rôle de chacune dans l'intervention.

5.1 Les conceptions de l'engagement et leurs impacts sur les interventions mises en place

Il semble que dans certains cas, la capacité d'engagement d'un parent soit caractérisée et même réduite à ses comportements et à ses attitudes individuels. On peut penser notamment à la perspective de l'engagement d'un parent en fonction de son acceptation de la situation de son jeune, de son acceptation de son rôle dans cette situation et de son ouverture à modifier sa manière de fonctionner, d'agir et de communiquer avec lui, et ce en vue de remédier aux défis de santé mentale de l'enfant. À défaut de le faire, cela peut être perçu comme une forme de désengagement. Or, une conception de l'engagement comme relevant largement de facteurs individuels et psychologiques, peut être inadaptée aux conditions des familles d'origine immigrantes et aux conditions de l'intervention en contexte interculturel (Tremblay & Pouliot, 2022; Villeneuve et collab., 2012). En outre, ce type de constats peut mener à l'emploi de stratégies axées sur l'adaptation parentale en contexte interculturel. Si cela peut être profitable, les discours autour de l'adaptation du parent suggèrent toutefois que l'adaptation requise des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale est plus importante que n'importe quelle autre stratégie d'intervention et qu'une grande responsabilité leur est imputée en ce qui a trait à la détresse psychologique de leur jeune. Dans la mesure où les pratiques des parents immigrants sont considérées comme étroitement liées à leur culture d'origine, il s'agit de l'éduquer par rapport aux normes du groupe dominant et à attendre de lui qu'il s'adapte pour le mieux-être de son enfant. Cela peut conduire à des interventions normalisantes, voire à un déracinement de l'identité culturelle des familles.

Cependant, d'autres conceptions de l'engagement sont aussi évoquées par les personnes participantes. Dans la mesure où l'ambivalence et la résistance d'un parent ne sont pas perçues comme témoignant de son engagement, ce sont davantage des explications d'ordre organisationnel et institutionnel qui sont évoquées. Selon les témoignages des personnes participantes, des explications plus systémiques, c'est-à-dire qui vont au-delà de dispositions individuelles, peuvent jouer sur la capacité des parents d'immigrants à s'engager dans les services. On souligne par exemple l'existence d'enjeux socio-économiques avec lesquels composent certaines familles immigrantes, qui peuvent constituer des obstacles à l'engagement. Des facteurs d'ordre organisationnel et institutionnel sont aussi désignés comme contrevenant à la pleine participation des parents. Ici, la capacité d'engagement du réseau de services de santé mentale est mise en cause.

La rigidité des approches et des formes d'intervention mises en place, ainsi que la primauté de l'intervention individuelle, en sont des exemples. Cela rejoint le postulat selon lequel l'organisation des services et la prestation des services doivent se faire en amont, c'est-à-dire, en tenant compte des spécificités de l'intervention en contexte interculturel (Alvarado et collab., 2005). Cela laisse aussi entendre que l'engagement des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale est une responsabilité partagée : ce n'est pas simplement aux parents d'être moins méfiants, plus ouverts, moins dépassés par leurs conditions et plus flexibles dans leur autorité ; et ce n'est pas juste à la personne intervenante de l'amener à être ainsi.

En somme, la capacité d'engagement des parents peut être assujettie à des facteurs qui dépassent ses attitudes et ses actions individuelles. Il pourrait alors être question des opportunités de participation qui lui sont accordées par l'institution offrant les services ou des comportements et attitudes attendues du parent par la personne intervenante (Tremblay & Pouliot, 2022 ; Villeneuve et collab., 2012). Ces attentes de la personne intervenante peuvent influencer sur ses conceptions d'un parent engagé dans le processus d'intervention et par ricochet, sur son travail de collaboration avec le parent.

5.2 Les réactions aux filtres dans l'intervention sociale en contexte interculturel

Les filtres dans l'intervention en contexte interculturel « agissent alors comme des œillères et nous empêchent de tenir compte de la dimension globale, et autrement complexe, des situations des populations avec lesquelles nous travaillons » (Rachedi, p. 86, 2008)

Néanmoins, le rapport à la culture d'origine est souvent invoqué pour expliquer les défis dans l'intervention, voire pour expliquer les difficultés de santé mentale du jeune dans les discours de certaines personnes intervenantes. Quant aux pratiques des parents immigrants qui sont jugés nuisibles, elles sont souvent considérées comme étroitement liées à la culture d'origine (ex. style parental autoritaire). De plus, lorsque le concept de transmission familiale est évoqué dans les témoignages, dans le contexte des familles d'origine immigrante, il tend à être négatif. On parle notamment de la transmission de traumatismes entre parents et enfants. Il est aussi question de la transmission, de la méfiance ou de la non-acceptation par rapport aux services de santé mentale, par exemple, lorsqu'il est question d'accepter un diagnostic ou d'intégrer un programme spécifique.

La transmission est également vue de manière négative lorsqu'il est question des ambitions des parents immigrants envers leur jeune, qui peut avoir pour conséquence que l'enfant vive une pression démesurée de réussir.

Toutefois, les personnes intervenantes agissent aussi à l'encontre de certains filtres. Par exemple, en ayant recours à l'approche interculturelle, elles reconnaissent l'univers de sens (ex. valeurs, savoirs) des familles qu'elles accompagnent. Lorsqu'elles s'efforcent, par exemple, de concilier le sens donné aux difficultés de santé mentale des familles avec celui de l'équipe intervenante, elles donnent une légitimité aux perspectives des familles. De plus, l'intégration de la culture, de l'histoire migratoire et le partage de défis d'intégration permettent de mieux saisir les histoires singulières des familles (sans les cantonner au présent). Les personnes participantes font également preuve de réflexivité, notamment, par rapport aux implicites dans leurs interventions et aux effets de leurs identités sociales sur les rapports qu'elles entretiennent avec les personnes qu'elles accompagnent (ex. rapports de pouvoir et de solidarité). Toutes ces stratégies leur permettent d'adopter un regard plus global sur les situations d'intervention qu'elles rencontrent. Surtout, elles favorisent l'effritement de filtres réducteurs et inadaptés aux besoins de soutien des jeunes d'origine immigrante et de leurs parents.

5.3 Des pistes de réflexion et d'action pour susciter l'engagement des parents immigrants

Cette recherche donne lieu à plusieurs pistes de réflexion et d'action afin de favoriser une participation des parents immigrants dans l'intervention sociale en santé mentale de leur jeune qui soit adéquate et bénéfique pour ce dernier.

D'abord, de reconnaître un parent comme partenaires de l'intervention, c'est prendre conscience des facteurs qui peuvent contrevenir à sa participation dans les services et de se prêter à une analyse contextuelle de sa situation (Fortin et collab., 2011). Il faut donc être prudent lorsqu'il est question de responsabiliser le parent par rapport aux défis de son jeune et de qualifier son engagement dans les services. Il faut également ne pas se laisser piéger par le piège culturaliste : il faut à la fois savoir reconnaître que les formes prises par l'engagement des parents peuvent être liées à des valeurs culturelles, mais pas systématiquement ou pas uniquement.

Ensuite, il peut s'avérer que les parents aient eux-mêmes besoin d'un accompagnement dans le processus de soin à destination de leur jeune. Cet accompagnement peut servir non seulement à favoriser leur acceptation de la situation et leur compréhension du rôle actif qu'ils peuvent jouer dans le traitement, mais aussi à les outiller, y incluant en les orientant vers des services appropriés, sans pour autant perdre de vue l'importance des rencontres familiales dans le suivi de santé mentale du jeune. Des travaux montrent que les rapports parents-jeunes en contexte d'immigration peuvent donner lieu à la transmission de la mémoire familiale et de stratégies identitaires, lesquelles constituent un vecteur de résilience en santé mentale (Montgomery, et collab., 2011 ; Rachedi, 2008 ; Rousseau, et collab., 2010, Vatz-Laaroussi, 2000). L'espace d'intervention doit donc être un lieu qui fait ressortir les forces familiales et qui mobilise la culture de manière positive.

Il peut aussi être pertinent de se questionner sur les conditions d'émergence des réactions de résistance des parents immigrants, et ce en allant plus loin que des explications psychologiques et culturelles (ex. liées à la culture d'origine). Pour illustrer, un parent peut être méfiant à la fois parce qu'il réagit à un nouveau cadre de référence, mais aussi parce qu'il a vécu des expériences antérieures de discrimination et de racisme au sein des services. Un parent peut avoir de la difficulté à accepter la situation de son jeune, car il ne veut pas être étiqueté par sa communauté culturelle, et parce que ses conditions de vie objectives lui pèsent. De même, il se peut que sa résistance vienne de la manière dont sont organisés les services, si par exemple les personnes intervenantes qui l'accompagnent manquent de temps pour établir un lien de confiance et pour déceler et travailler les situations d'incompréhension qui peuvent émerger lors de l'intervention.

Enfin, les personnes intervenantes font preuve d'agentivité et de réflexivité pour répondre au mieux aux besoins des familles immigrantes. Cependant la responsabilité de l'adéquation des services aux besoins des familles immigrantes appartient aussi aux institutions et aux organismes en santé mentale. Des dispositions pour favoriser la participation des parents dans l'intervention de façon systématique sont à prévoir, particulièrement lorsque les conceptions d'engagement parental (ex. attentes de participation), qui diffère d'une personne intervenante à l'autre, peuvent parfois porter préjudice à certains parents (Lacroix, Oui, & Séraphin, 2015), notamment les parents immigrants. Cela pourrait se faire par le biais de « délibérations collectives » (Robichaud et collab.,

p. 41), au niveau des organismes et institutions comme au niveau de la société, de manière à éduquer et à conscientiser quant aux réalités des familles immigrantes, à susciter la participation même des familles dans une optique de travailler *avec* elles, et d'ainsi trouver des approches plus adaptées. Cette collectivisation de la discussion permettrait par le fait même de faire sortir de l'isolement les personnes intervenantes œuvrant dans le soutien aux individus et aux familles, voire de réduire l'accent actuellement porté sur leurs performances individuelles (Robichaud et collab., 2019).

Il est désormais essentiel de réaliser des recherches avec des familles d'origine immigrante, dans le but de mieux comprendre leurs perspectives par rapport à leur propre engagement dans les services de soutien en santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. (2001). Le rôle du service social dans le champ de la santé mentale. Tiré de <https://www.casw-acts.ca/fr>
- Alvarado, E., Battaglini, A., Caulet, M., & Poirier, L-R (2005). *Les services de première ligne et les populations immigrantes. Projet pilote : synthèse*. Montréal : Unité écologie humaine et sociale - Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/2-89494-441-1.pdf
- Battaglini, A., Chomienne, M-H., Plouffe, L., Torres, S., & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada : état des connaissances, interventions et enjeux. *Global Health Promotion*, 21(1), 40–45. <https://doi.org/10.1177/1757975913512159>
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique ». *Politix*, 9(35), 226–257. <https://doi.org/10.3406/polix.1996.1966>
- Bélangier, M. (2002). L'intervention interculturelle : une recherche de sens et un travail du sens. *Service social*, 49(1), 70–93. <https://doi.org/10.7202/006878ar>
- Bouchard, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre l'intervenante. *Service social*, 26(2-3), 454–477. <https://doi.org/10.7202/706373ar>
- Boulanger, D., Larose, F., & Couturier, Y. (2010). La logique déficitaire en intervention sociale auprès des parents : les pratiques professionnelles et les représentations sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 152–176. <https://doi.org/10.7202/1003174ar>
- Bélangier, M., & Milot, T. (2015). Chapitre 4. Les récits narratifs : un regard privilégié sur l'enfant et la famille. Dans C. Lacharité, C. Sellenet, & C. Chamberland (dir.), *La protection de l'enfance : la parole des enfants et des parents* (pp. 51–64). Presses de l'Université du Québec.
- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 92–105. <https://doi.org/10.7202/009845ar>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- De Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., & Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 281–299. <https://doi.org/10.7202/012149ar>

- De Plaen, S. (2006). Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 123–134. <https://doi.org/10.7202/014807ar>
- Fortin, S. (2013). Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 179–200. <https://doi.org/10.7202/1024085ar>
- Fortin, S., Rietmann, M., & Duclos, V. (2014). Chapitre 1. Toutes les familles ont-elles une même voix en contexte de soins ? Dans F. Kanouté & G. Lafortune (dir.), *Familles québécoises d'origine immigrante : Les dynamiques de l'établissement* (pp. 11–27). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018a). Chapitre 4. Choisir des outils pour réaliser un terrain de recherche. *L'aventure de la recherche qualitative* (pp. 123–140). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018b). Chapitre 5. Les enjeux éthiques en recherche qualitative. *L'aventure de la recherche qualitative* (pp. 123–140). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Gervais, C., Côté, I., Lampron-de Souza, S. & Tardif-Grenier, K. (2021). Famille et migration : perspectives d'enfants sur leurs relations familiales du pays d'origine au pays d'accueil. *Service social*, 67(1), 71–84. <https://doi.org/10.7202/1087192ar>
- Gonin, A., Guissard, M., Antoniadis, A., & Plante, F. (2022). Introduction. L'éthique comme voie de renouvellement de la pensée et de l'action dans le champ du travail social. Dans A. Gonin, M. Guissard, A. Antoniadis, & F. Plante (dir.), *Éthique et travail social. Nouvelles voies pour la pensée et pour l'action* (pp. 1–18). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Grenier, J., Bourque, M., & St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion ? *Intervention*, 144, 9–20.
- Institut national de la recherche scientifique (s.d.). *Inclusivement vôtres ! Guide de rédaction inclusive*. Tiré de <https://inrs.ca/wp-content/uploads/2021/03/Guide-redaction-inclusive-inrs-vf.pdf>
- Johnson-Lafleur, J., Rousseau, C., Papazian-Zohrabian, G., Boulanger, C., Boubnan, H., Lynch, A. & Richard, A.-M. (2016). L'espace québécois du vivre-ensemble mis à l'épreuve par le débat sur la Charte des valeurs : expériences et perceptions d'intervenants du domaine de la santé et des services sociaux œuvrant en contexte de pluriethnicité. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(1), 175–194. <https://doi.org/10.7202/1039180ar>
- Khan, T., & MacEachen, E. (2022). An alternative method of interviewing: Critical reflections on videoconference interviews for qualitative data collection. *The International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1–12. <https://doi.org/10.1177/16094069221090063>

- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K., & Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (2011a). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kirmayer, L., & Bennegadi, R. (2011b). Les politiques de l'altérité dans la rencontre clinique. *L'Autre*, 12(1), 16–29. <https://doi.org/10.3917/lautr.034.0016>
- Lacharité, C. (2015). Chapitre 3. Les familles et la vulnérabilité : captation institutionnelle de la parole de l'enfant et du parent. Dans C. Lacharité, C. Sellenet, & C. Chamberland (dir.), *La protection de l'enfance : la parole des enfants et des parents* (pp. 37–50). Presses de l'Université du Québec.
- Lacroix, I., Oui, A., & Séraphin, G. (2015). Chapitre 12. La participation des parents en protection de l'enfance : une injonction paradoxale. Dans C. Lacharité, C. Sellenet, & C. Chamberland (dir.), *La protection de l'enfance : la parole des enfants et des parents* (pp. 173–186). Presses de l'Université du Québec.
- Lapierre, S., & Levesque, J. (2013). 25 ans plus tard... et toujours nécessaires ! Les approches structurelles dans le champ de l'intervention sociale. *Reflets*, 19(1), 38–64. <https://doi.org/10.7202/1018041ar>
- Lavergne, C., Dufour, S., & Vargas Diaz, R. (2021). Intersection entre culture et intervention d'autorité : point de vue et expérience de parents et de jeunes issus de l'immigration suivis en protection de la jeunesse. *Intervention*, 152, 161–173.
- Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L., & Chorpita, B. F. (2014). Identifying the common elements of treatment engagement interventions in children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 283–298. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0163-x>
- Mayer, R., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, & D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 115–131). Montréal : Gaëtan Morin.
- Montgomery, C., Xenocostas, S., Rachedi, L., & Najac, S. (2011). Chapitre 2. Migration et continuités dans les histoires de familles immigrantes. Dans F. Kanouté & G. Lafortune (dir.), *Familles québécoises d'origine immigrante : Les dynamiques de l'établissement* (pp. 29–43). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Nadeau, L., Rousseau, C., Séguin, Y., & Moreau, N. (2009). Évaluation préliminaire d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse à Montréal : faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 127–142. <https://doi.org/10.7202/029762ar>

- Nadeau, L., Jaimes, A., Johnson-Lafleur, J., & Rousseau. (2017). Perspectives of migrant youth and clinicians on community-based mental health services: Negotiating safe pathways. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1936–1948. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0700-1>
- Nadeau, L., Johnson-Lafleur, J., Jaimes, A., & Bolduc, E. (2020). L’engagement dans les soins en collaboration en santé mentale jeunesse pour les familles migrantes : des lieux cliniques ancrés dans leurs contextes institutionnel et sociopolitique. *Santé mentale au Québec*, 45(2), 19–38. <https://doi.org/10.7202/1075386ar>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021a). Chapitre 9. Les techniques d’analyse contextualisantes, structurales, situationnelles et métaphoriques. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (dir.), *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 269-357). Paris : Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021b). Chapitre 12. L’analyse thématique. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (dir.), *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 201–220). Paris : Armand Colin.
- Rachedi, L. (2008). Des histoires de migration aux assignations identitaires : éloge de l’imposture pour le travail social. *Empan*, 71, 85-91. <https://doi.org/10.3917/empa.071.0085>
- Robichaud, M.-J., Poirier, M.-A., & Pullen Sansfaçon, A. (2019). L’agentivité ou comment naviguer parmi les spécificités interculturelles et les contraintes de performance dans l’évaluation auprès des familles racisées en protection de la jeunesse. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 28-45. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1066099ar>
- Rossi, I. (2014). Penser la diversité par les transitions de la santé mentale. *Alterstice*, 4(2), 39–48. <https://doi.org/10.7202/1077424ar>
- Rousseau, C., Jamil, U., Hassan, G., & Moreau, N. (2010). Grandir et vivre ensemble dans un contexte de mondialisation conflictuelle. *Enfances & Psy*, 48, 56-63. <https://doi.org/10.3917/ep.048.0056>
- Rousseau, C. (2013). Le développement de programmes de prévention pour les enfants immigrants et réfugiés : douter de l’évidence. *Alterstice*, 3(1), 61–66. <https://doi.org/10.7202/1077499ar>
- Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T., & Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse : un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101–118. <https://doi.org/10.7202/1025909ar>
- Sim, A., & Georgiades, K. (2022). Neighborhood and family correlates of immigrant children’s mental health: a population-based cross-sectional study in Canada. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04096-7>

- Soulière, M., Saulnier, G., & Desaulniers-Coulombe, E. (2017). La recherche qualitative pour le renouvellement des pratiques en santé et services sociaux : deux exemples de l'intérieur. *Recherches qualitatives*, 36(2), 133–152. <https://doi.org/10.7202/1084441ar>
- St-Denis, K., & Richard, S. (2021). L'entretien en tant qu'interaction : qu'en est-il du chercheur ? *Enjeux et société*, 8(1), 62–83. <https://doi.org/10.7202/1076536ar>
- Thomson, M., Chaze, F., George, U., & Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: A review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1895–1905. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3>
- Tremblay, K., & Pouliot, E. (2022). L'implication des parents dans les pratiques dispensées en vertu de la LSJPA : le point de vue d'intervenants sociaux. *Sciences et actions sociales*, 17(2), 205–228. <https://doi.org/10.3917/sas.017.0205>
- Turcotte, D. (2009). Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel. *Intervention*, 131, 54–164
- Vachon, M., Caldairou-Bessette, P. & Rousseau, C. (2017). Pratiques soignantes en santé mentale jeunesse auprès des familles réfugiées : répétition traumatique et reconstruction du lien. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 33–59. <https://doi.org/10.7202/1041837ar>
- Vatz-Laaroussi, M. (2000). L'histoire des familles immigrantes : un enjeu pour l'intervention sociale dans les régions du Québec. *Cahiers de la recherche en éducation*, 7(3), 457–482. <https://doi.org/10.7202/1016931ar>
- Vatz Laaroussi, M. (2007). Les relations intergénérationnelles, vecteurs de transmission et de résilience au sein des familles immigrantes et réfugiées au Québec. *Enfances, Familles, Générations*, (6). <https://doi.org/10.7202/016480ar>
- Villeneuve, M., Maltais, D., & Pouliot, E. (2012). L'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse : qu'en pensent les intervenants ? *Intervention*, 136(1), 80–89.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

<p>Rôle de la personne intervenante sociale en santé mentale</p> <p>Environ 15 minutes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quels services offrez-vous dans le contexte de votre pratique ? ○ Quels types de problématiques en santé mentale rencontrez-vous dans votre pratique ? ○ Quelles approches d'intervention mobilisez-vous ? ○ Quel est le but et quels sont les objectifs visés dans vos interventions en santé mentale auprès des jeunes ? Quels sont les changements visés ? ○ En quoi votre rôle se distingue-t-il de celui d'autres professionnels en santé mentale ? ○ De quelles façons évaluez-vous l'évolution d'un jeune dans l'intervention en santé mentale ? ○ Quel rôle doit jouer la personne intervenante sociale dans l'environnement du jeune dans l'intervention en santé mentale ?
<p>Engagement et reconnaissance des parents dans les soins en santé mentale</p> <p>Environ 30 minutes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dans quels contextes, est-ce que le parent participe à votre quotidien de pratique ? Quels effets a sa participation sur l'évolution du jeune au sein des services ? ○ D'après votre pratique, qu'est-ce qui influence positivement la place qu'un parent prend dans l'intervention auprès de son jeune ? Et à l'inverse, toujours selon votre expérience, qu'est-ce qui semble nuire ou contrevenir à sa participation ? ○ Comment décrieriez-vous un parent qui est <i>engagé</i> dans l'intervention en santé mentale auprès de son jeune ? ○ Comment décrieriez-vous un parent qui est <i>reconnu</i> dans l'intervention en santé mentale auprès de son jeune ? ○ Selon vous, quelles raisons expliquent qu'un parent soit désengagé ou se désengage de l'intervention en santé mentale auprès de son jeune ? Comment est-ce que vous travaillez cet engagement ? ○ Selon vous, quelles raisons expliquent qu'un parent ne soit pas reconnu dans l'intervention en santé mentale auprès de son jeune ?

<p>Intervention en santé mentale en contexte interculturel</p> <p>Environ 35 minutes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avez-vous remarqué des spécificités dans votre travail d'intervention auprès de familles issues de l'immigration ? ○ Avez-vous remarqué des spécificités dans les rapports parents-enfants au sein des familles issues de l'immigration ? ○ Pouvez-vous décrire une situation dans laquelle vous avez rencontré des défis auprès de parents/tuteurs immigrants ? Quel était le rapport parents-enfant dans cette situation ? ○ Est-ce qu'il y a un contexte où vous avez souhaité faire plus auprès des parents, mais que pour une raison ou une autre vous n'avez pas pu le faire ? ○ Dans quels contextes est-ce que la participation du parent a un apport positif à l'intervention auprès du jeune ? Des exemples ? ○ Dans quels contextes est-ce que la participation du parent constitue une barrière à l'intervention auprès du jeune ? Des exemples ? Quelles stratégies avez-vous mobilisées pour y remédier ? ○ Quel serait le contexte d'intervention idéal pour avoir une intervention que vous jugez efficace et propre au travail social ?
<p>Profil sociodémographique de la personne intervenante sociale</p> <p>Environ 10 minutes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre d'années de pratique en intervention ○ Parcours académique ○ Parcours professionnel (lieux et secteurs d'exercice) ○ Formations pratiques ○ Lieu de naissance ○ Groupes d'appartenance culturelle ○ Selon vous, comment vos identités interagissent-elles avec vos interventions auprès des parents immigrants ?
<p>Avant la fin de l'entretien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avez-vous des éléments à ajouter ?

Annexe 2 : Lettre de recrutement

OBJET : Intervenant.e.s sociaux.ales en santé mentale recherchés.es pour projet de maîtrise

Bonjour,

Dans le cadre d'une recherche de maîtrise portant sur **l'intervention en santé mentale auprès de jeunes issus de l'immigration**, nous sommes à la recherche d'intervenant.e.s sociaux.ales qui :

- travaillent dans les régions de Gatineau ou de Montréal
- travaillent fréquemment auprès de familles issues de l'immigration
- travaillent au sein d'un organisme institutionnel ou communautaire qui offre des services de santé mentale pour jeunes
- parlent français

Nous tenons compte de l'ensemble de l'expérience professionnelle de l'intervenant.e.

Il s'agit d'un entretien individuel d'une durée approximative de 90 minutes. Les entretiens seront enregistrés pour les seules fins de la recherche présentée ici. Les informations recueillies lors de cette recherche seront confidentielles.

Le but de la présente recherche est de comprendre les facteurs qui influencent l'engagement et la reconnaissance des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes.

Pour participer à la recherche ou pour de plus amples informations :

Nusha Birdjandi, candidate à la maîtrise en service social Université d'Ottawa

La sélection des participant.e.s se fera selon le principe du « premier arrivé, premier servi ». Si vous connaissez d'autres intervenant.e.s qui pourraient être intéressé.e.s à participer à cette recherche, nous apprécierons grandement que vous leur fassiez suivre ce message.

En toute cordialité,

Les aspects éthiques de ce projet de recherche ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (#S-02-23-8991).

Annexe 3 : Affiche de recrutement



APPEL À LA PARTICIPATION

Dans le cadre d'une recherche de maîtrise en service social, sous la direction de Stéphanie Garneau

LA PLACE DES PARENTS IMMIGRANTS DANS L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE AUPRÈS DE LEURS JEUNES : PERSPECTIVES DES INTERVENANT.E.S SOCIAUX.ALES AU QUÉBEC

BUT DE LA RECHERCHE

Comprendre les facteurs qui influencent l'engagement et la reconnaissance des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes.

CRITÈRES

- Travailler dans les régions de Gatineau ou de Montréal
- Travailler auprès de familles issues de l'immigration
- Travailler au sein d'un organisme institutionnel ou communautaire qui offre des services en santé mentale pour jeunes
- Parler français

NATURE DE LA PARTICIPATION

- Un entretien d'une durée approximative de 90 minutes.
- L'entretien sera enregistré pour les seules fins de cette recherche.
- Les informations recueillies lors de cette recherche seront confidentielles.
- La sélection des participant.e.s se fera selon le principe du « premier arrivé, premier servi ».

L'ensemble de l'expérience professionnelle est considéré.

CONTACT

Pour participer à la recherche ou obtenir de plus amples informations :

Nusha Birdjandi, candidate à la maîtrise en service social



nbird065@uottawa.ca



Les aspects éthiques de ce projet ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (#S-02-23-8991).

Annexe 4 : Certification d'approbation éthique

11/04/2023

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	S-02-23-8991
Titre du projet / Project Title	La place de parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes: Perspectives des intervenant.e.s sociaux.ales au Québec
Type de projet / Project Type	Mémoire de maîtrise / Master's major research paper
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	11/04/2023
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	10/04/2024

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Nusha BIRDJANDI	École de service social / School of Social Work	Chercheur Principal / Principal Investigator
Stéphanie GARNEAU	École de service social / School of Social Work	Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Titre du projet : La place de parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes: Perspectives des intervenant.e.s sociaux.ales au Québec

Chercheuse principale : Nusha Birdjandi

Candidate à la maîtrise en service social

École de travail social

Faculté des sciences sociales

Université d'Ottawa

nbird065@uottawa.ca

Directrice de mémoire : Stéphanie Garneau

Professeure titulaire

École de travail social

Faculté des sciences sociales

Université d'Ottawa

(613) 558-8701 poste 2012

sgarneau@uottawa.ca

Invitation à participer : Je suis invité(e) à participer à la recherche, nommée ci-haut. Elle est menée par Nusha Birdjandi sous la direction de Stéphanie Garneau. Ce projet de recherche est dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en service social de l'Université d'Ottawa.

But de l'étude : Le but de l'étude est de comprendre les facteurs qui influencent l'engagement et la reconnaissance des parents immigrants dans l'intervention en santé mentale auprès de leurs jeunes.

Participation : Ma participation consistera à participer à un entretien individuel d'une durée d'environ 90 minutes, qui devrait constituer la seule rencontre avec la chercheuse principale. On me demandera de répondre à des questions qui traitent de mon rôle d'intervenant.e en santé mentale et de situations professionnelles vécues dans ma pratique en contexte interculturel. Si l'entretien a lieu en personne, le contenu audio sera enregistré au moyen d'un enregistreur vocal numérique. Si l'entretien a lieu en ligne, les contenus audio et vidéo seront enregistrés au moyen d'un logiciel de vidéoconférence.

Risques : Je comprends que ma participation à cette recherche implique que je donne mon point de vue et que je partage mes expériences. Il est possible qu'elle crée de l'inconfort psychologique ou émotionnel. J'ai reçu l'assurance de la chercheuse que des mesures sont prises en vue de minimiser ces risques. J'aurai la possibilité de m'abstenir

de répondre aux questions me causant un inconfort quelconque. L'entretien sera tenu à l'extérieur de mon milieu de travail, toujours dans le but de maximiser mon confort et afin d'assurer l'anonymat.

Bienfaits : Ma participation à cette recherche aura pour effet de faire entendre mes perspectives et mes expériences en contexte d'intervention. Ce moment pourra servir à entamer des réflexions quant aux pratiques actuelles en intervention en santé mentale, en contexte interculturel et aux logiques d'action derrière celles-ci. Cette recherche contribuera aux réflexions concernant le renouvellement des politiques et des programmes en santé mentale, afin que ceux-ci tiennent davantage compte des réalités des jeunes issus de l'immigration.

Confidentialité et vie privée : La chercheuse m'a donné l'assurance qu'elle traitera l'information que je partagerai avec elle de façon strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour la réalisation d'un mémoire de recherche à la maîtrise et selon le respect de la confidentialité. Au cours de la transcription des enregistrements, la chercheuse principale supprimera toute information permettant de m'identifier. Mon nom sera remplacé par un pseudonyme et mon lieu de travail sera changé pour une catégorie générale (« milieu institutionnel » ou « milieu communautaire »).

Conservation des données : Les enregistrements vocaux numériques, les enregistrements au moyen d'un logiciel de vidéoconférence, les transcriptions des enregistrements (verbatim), ainsi que les listes de pseudonymes et des noms correspondants seront conservés dans l'ordinateur de la chercheuse principale, lequel est muni d'un mot de passe connu uniquement de cette dernière. Les notes prises pendant les entretiens et les formulaires de consentement signés seront déposés par la chercheuse principale dans une armoire verrouillée dans son bureau à domicile. À la fin du projet de recherche, tous les documents électroniques seront enregistrés sur une clé USB et supprimés de l'ordinateur de la chercheuse — seule la version finale du mémoire de recherche sera conservée. La clé USB et les documents papier seront conservés par la chercheuse principale dans une armoire verrouillée dans son bureau à domicile. Après une période de 5 ans (début en septembre 2023), tous les documents électroniques seront effacés et les documents papier déchiquetés, par la chercheuse principale.

Participation volontaire : Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, de refuser de répondre à toute question à laquelle je ne veux pas répondre sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données collectées jusqu'à ce moment seront détruites et ne seront donc pas utilisées.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse principale ou sa directrice de mémoire.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa au (613) 562-5387 ou ethique@uottawa.ca.

La chercheuse me recommande de sauvegarder une copie du formulaire de consentement.

Acceptation : En signant de mon nom, je consens à participer à cette recherche.

Nom de participant : _____

Signature du participant _____ Date : _____

Nom du chercheur : _____

Signature du chercheur _____ Date : _____