

COMPRENDRE LA REPRÉSENTATION SOCIALE DES SERVICES DE SANTÉ
MENTALE CHEZ LES JEUNES IMMIGRANTS FRANCOPHONES D'OTTAWA (JIFO)

Par

Stefan Domaradzki

Mémoire déposé à

L'école de service social de l'Université d'Ottawa

En vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sous la direction de

Corinna Buhay

Université d'Ottawa

© Novembre 2020

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce projet de recherche a été réalisé grâce à l'appui de mon entourage académique et personnel, et à la générosité des jeunes participants. Je suis honoré d'avoir eu la chance d'écouter et, par la suite, de partager dans cet écrit les perspectives des jeunes nouveaux arrivants francophones. Les participants ont partagé un point de vue unique sur les services de santé mentale et sur la santé mentale. Leurs discours m'ont stimulé à réfléchir sur des possibilités d'amélioration des pratiques et du système de soins de santé. En conséquence, nous espérons apporter cette sagesse afin d'améliorer nos pratiques dans le domaine de travail social.

J'aimerais premièrement remercier tous les participants à cette recherche. La dépose de ce mémoire de recherche n'aurait pas été possible sans l'appui des membres de l'École de Service social, particulièrement de ma directrice de mémoire, Corinna. Ma directrice m'a soutenu alors que les conditions académiques n'étaient pas idéales en raison de la pandémie Covid-19. Je tiens également à remercier ma fiancée, Eleanore, pour son encouragement, sa patience et pour m'avoir réconforté dans les moments les plus ardues. Je tiens également à remercier mes parents et beaux-parents pour leurs appuis. À travers leur écoute attentive et leur encouragement, ils ont continué à soutenir ma passion et ma motivation. J'aimerais souligner les efforts de mon père George pour ses heures d'édition de texte.

De plus, merci à mes amis et collègues à CHEO et au SPCO pour leurs influences et encouragements. Merci à Nadine qui m'a encouragé à retourner aux études.

J'aimerais exprimer ma gratitude envers les intervenants Jean-Luc, John, Behnaz et Dianne pour avoir gardé les lignes de communication ouvertes et d'avoir circulé le matériel de recrutement malgré la période chaotique de la Covid-19. Sans leurs capacités d'adaptation, je n'aurais pas pu communiquer avec les participants à cette recherche.

Finalemant, j'aimerais me remercier moi-même pour mes efforts personnels et pour m'être fait confiance, et pour être curieux afin de pousser mes apprentissages au niveau de mon savoir, mon savoir-faire et mon savoir-être.

RÉSUMÉ

Les jeunes immigrants francophones représentent une population qui grandit dans la région d'Ottawa, Canada. Peu de recherches qualitatives se sont penchées sur les représentations sociales chez les jeunes immigrants francophones. Cette recherche qualitative vise à explorer et à comprendre la représentation sociale des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones à Ottawa. L'objectif de cette recherche est d'informer les pratiques d'interventions professionnelles en travail social et de tenter d'améliorer l'accès et l'utilisation de ces services chez les jeunes immigrants francophones. Cette recherche repose sur un devis qualitatif inductif, inspiré de la théorisation ancrée. Quatre participants ont participé à des entrevues semi-dirigées. Selon nos résultats, la représentation sociale des services de santé mentale est comprise selon le sens accordé à la nature de l'aide, à la santé mentale et aux obstacles à la santé mentale. La représentation sociale est caractérisée par des dimensions paradoxales qui ont permis de découvrir 1) les obstacles à l'accès et à l'utilisation de ces services 2) les enjeux reliés au sens de responsabilisation et d'activation par rapport à la santé mentale 3) le rôle des services santé mentale comme outils pour faciliter l'intégration au Canada. Notre recherche a aussi identifié des approches d'interventions professionnelles misant sur les réalités des parcours de migration, la relation d'aide, le soutien pour les jeunes migrants francophones et la collaboration, afin d'améliorer l'accès et l'utilisation équitable aux services de santé mentale.

Mots clés : jeunes, immigrants, francophones, services santé mentale, représentation sociale, travail social, pratiques professionnelles d'intervention sociale.

ABSTRACT

Francophone immigrant youth is a growing population in the Ottawa area. Up until now, little research has considered what Francophone youth immigrants in Ottawa think about mental health services. This research explores the social representation of mental health services among Francophone immigrant youth in Ottawa in order to inform social work intervention practices and to improve the utilisation of mental health services. This research is based on an inductive qualitative design inspired by the grounded theory. Four participants took part in semi-structured interviews. According to our results, the social representation of mental health services is understood in terms of the meaning given to the nature of help, mental health and to the barriers to mental health. This social representation is characterized by paradoxical dimensions vis-à-vis 1) the barriers to access and utilisation of mental health services of these services; 2) issues related to the sense of ‘responsibilisation’ and ‘activation’ in relation to mental health; and 3) the role of mental health services as tools to facilitate integration in Canadian society. To improve access and equitable use of mental health services, our research argues for interventions to meaningfully integrate the knowledge originating from experience with the migration process, a renewed focus on the caregiving relationship, support for Francophone minorities and to increase opportunities for collaboration.

Key words: youth, immigrants, linguistic minorities, mental health services, social representation, social work, social intervention practices.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	8
1.1 Le Contexte de l’immigration au Canada.....	8
1.2 Recension des écrits.....	10
1.2.1 La santé mentale et l’immigration	11
1.2.2 Les barrières d’accès aux services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones	14
1.2.3 Le contexte minoritaire de la population immigrante francophone	18
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE	21
2.1 Les représentations sociales (RS).....	21
2.1.1 Les différentes approches de la théorie des représentations sociales	24
2.1.2 L’approche sociogénétique ou socio-anthropologique (Jodelet, 1989a): une approche privilégiée.....	25
2.1.3 La représentation sociale et l’accès et l’utilisation des aux services de santé mentale 27	
2.2 Question et objectif de recherche	28
2.3 Pertinence sociale et scientifique de cette recherche.....	29
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	33
3.1 La méthodologie qualitative	33
3.2 Outil de collection des données qualitatives : l’entrevue semi-dirigée.....	34
3.3 Stratégie d’échantillonnage	37
3.4 Recrutement des participants.....	39
3.5 Méthode d’analyse des données	40
3.6 Considérations éthiques.....	41

3.7	Limites	43
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS		45
4.1	Portrait des participants.....	45
4.1.1	La sélection des participants	45
4.1.2	Caractéristiques des participants	47
4.2	La représentation sociale des services de santé mentale selon les JIFO.....	48
4.2.1	« [U]n service de la santé mentale c'est pour aider les gens »	49
4.2.2	L'aide est soit demandée soit initiée par les intervenants professionnels	51
4.2.2.1	« Par sa propre volonté [...], il peut utiliser les services de santé mentale ».....	51
4.2.2.2	« C'est quelqu'un d'autre qui te connaît mieux »	58
4.2.3	La relation d'aide	61
4.2.4	Synthèse : la justification de l'utilisation des services de santé mentale	64
4.2.5	Trois éléments paradoxaux de la représentation sociale des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones à Ottawa.....	66
4.2.5.1	« Pour les nouveaux arrivants c'est juste euh, le fait de ne pas le savoir ».....	67
4.2.5.2	« Entre nous aussi, on peut aussi jouer ce rôle »	69
4.2.5.3	« Comment fonctionne la vie ici » : les services de santé mentale facilitent l'intégration dans la société d'accueil.....	74
4.3	Conclusion préliminaire :	76
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....		78
5.1	Discussion de la représentation sociale des services sociaux chez les JIFO	78
5.1.1	La nature de l'aide des services de santé mentale.....	79
5.1.2	Le paradoxe de l'utilisation et l'accès des services santé mentale	85
5.1.3	Le paradoxe du rôle des JIFO de prendre soin de la santé mentale	87
5.1.4	Le paradoxe des services santé mentale servant comme moyens d'intégration	89
5.1.5	Conclusions préliminaires :.....	90
5.2	Implication pour l'intervention auprès de JIFO	91
5.2.1	La sensibilisation aux réalités des JIFO	92
5.2.2	L'inspiration du « Collaborative Care »	94
5.2.3	Formation interculturelle des intervenants professionnels de la santé mentale	95
5.2.4	La relation d'aide	96

5.2.5 Accroître l'offre de services santé mentale en français	98
CONCLUSION.....	99
BIBLIOGRAPHIE	102
ANNEXE A.....	121
ANNEXE B.....	122
ANNEXE C.....	123
ANNEXE D.....	126
ANNEXE E	127

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

TABLEAU 1 : Critères de sélection

TABLEAU 2 : Les participants

ANNEXE A : Lettre de recrutement

ANNEXE B : Guide d'entrevues semi-dirigées pour les participants

ANNEXE C : Formulaire de consentement pour les participants

ANNEXE D : Liste de ressources

ANNEXE E : Certificat d'approbation éthique

LISTE DES ABRÉVIATIONS

IRCC : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

JIFO : Cette abréviation (JIFO) est utilisée dans le texte pour désigner l'échantillonnage : les jeunes immigrants francophones d'Ottawa. Il est important de souligner que le terme « immigrant » ne représente pas un groupe homogène. Ce n'est pas l'objectif des auteurs de formuler une généralisation des résultats ou de présupposer que les représentations sociales sont universellement partagées. Cependant, l'objectif principal de cette recherche est de comprendre la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO.

RS : Représentation sociale

TRS : la théorie des représentations sociales

INTRODUCTION

Le Canada est un pays qui favorise l'immigration (Banting et Soroka, 2020) où diverses cultures et nationalités se côtoient au quotidien (Fourot, 2016). Entre 2018-2019, 321,035 immigrants se sont installés au Canada (IRCC, 2019), dont environ 20% de jeunes (Gouvernement du Canada, 2019).

Ainsi, les jeunes immigrants ¹âgés de 15 à 25 ans représentent la population migrante la plus croissante au Canada (Gouvernement du Canada, 2019) avec la moitié provenant des pays de l'Asie et un quart de l'Afrique et des pays arabes (Nichols et coll., 2019). Les immigrants francophones, en particulier, viennent majoritairement des pays de l'Afrique, des Caraïbes et de certains pays arabes, dont la langue française représente la langue d'instruction (Gouvernement du Canada, 2010). Selon le recensement des régions métropolitaines de 2016, la région d'Ottawa-Gatineau a vu sa population s'agrandir grâce à l'immigration (Gouvernement du Canada, 2017). Selon ce même recensement, un immigrant sur six (représentant 37 890 personnes) s'est établi dans cette région depuis moins de cinq ans et 35 % des immigrants récents (13,265 personnes) ont moins de 24 ans. Les jeunes immigrants semblent représenter une partie significative de la population de la région d'Ottawa-Gatineau.

En effet, certaines communautés francophones minoritaires à Ottawa emploient des stratégies de recrutement et d'intégration pour « attirer » les immigrants d'expression francophone (IRCC, 2006). Chaque année, des milliers d'immigrants francophones s'installent dans des

¹ Dans ce mémoire, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

communautés francophones (Gallant, 2010) dont, plus de 2 000 s'installent en Ontario². Plusieurs de ces immigrants francophones s'établissent hors du Québec, dont 70% de ceux-ci se relocalisent dans des régions métropolitaines de l'Ontario (Houle et coll., 2014). Ainsi, les jeunes immigrants francophones d'Ontario (JIFO³) s'établissent au Canada avec des expériences culturelles et linguistiques distinctes de leur pays d'accueil ou d'origine. En effet, les JIFO sont souvent confrontés à des difficultés d'intégration dans le marché du travail, dans l'éducation, et avec leur communauté culturelle d'appartenance (Boudarbat et Ebrahimi, 2017). Mais encore ils peuvent ressentir des pressions issues de changements à leurs rôles (Khanlou et Guruge, 2008) et à leurs identités (Alba et Foner, 2015). Ces aspects de stress peuvent nuire à leur santé mentale et entraîner des formes de dépression (Gagnon, 2002). Par ailleurs, les jeunes immigrants peuvent vivre des traumatismes et des problèmes émotionnels avant et durant leur processus d'immigration (Agic, 2016; Alba et Foner, 2015; L. J. Kirmayer et coll., 2011; Nakhaie, 2018). Ces expériences traumatiques migratoires, couplées aux difficultés d'intégration, peuvent avoir causé des conséquences sur leur santé mentale et sur leur bien-être en général (Gagnon, 2002). De plus, les traumatismes et les problèmes émotionnels peuvent être aggravés par les pressions vécues lors du passage de l'enfance à la vie adulte, une période marquée par des transitions et la pression sociale (Molgat, 2004). Or, l'adolescence est la période où apparaissent également les problèmes de santé mentale (Kutcher et Davidson, 2007).

² Le Groupe d'expertes et experts sur l'immigration francophone 2015-2016 et le rapport publié par le Ministère des Affaires civiles et de l'Immigration de l'Ontario.

³ JIFO : Cette abréviation (JIFO) est utilisée dans le texte pour désigner l'échantillonnage : les jeunes immigrants francophones d'Ottawa. Il est important de souligner que le terme « immigrant » ne représente pas un groupe homogène. Ce n'est pas l'objectif des auteurs de formuler une généralisation des résultats ou de présupposer que les représentations sociales sont universellement partagées. Cependant, l'objectif principal de cette recherche est de comprendre la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO.

Cependant, il existe plusieurs barrières qui peuvent entraîner une détérioration de la santé mentale pour les jeunes immigrants francophones en contexte minoritaire. Les barrières les plus fréquemment citées ont trait avec l'offre des services de santé mentale. Premièrement, la barrière de la communication entre le jeune immigrant et le professionnel de la santé peut mener à l'incompréhension dans le processus de la demande et l'utilisation de soins de santé mentale (Ahmed et coll., 2016; Anderson et Lowen, 2010; Bernier, 1995; Boucher, 1998; Bowen, 2001; Hsu et Alden, 2008; Khanlou, 2010; Khanlou et Crawford, 2006; Lebrun, 2009).

Deuxièmement, la barrière de l'offre de service tel que la pénurie du personnel des soins et des services de santé mentale (gestionnaire de soins, spécialiste de soutien, intervenants et travailleurs sociaux) ayant de compétences culturelles et linguistiques est aussi mise en relief (L. M. Anderson et coll., 2003; Flores et coll., 2000; Manço, 2016). Ces compétences sont essentielles non seulement pour aider les jeunes immigrants nouvellement arrivés à naviguer à travers le système de santé mentale canadien, mais aussi pour offrir des interventions professionnelles en santé mentale culturellement appropriées et pertinentes (Vatz Laaroussi et coll., 2002; Wood et Newbold, 2012).

Troisièmement, l'accessibilité aux soins est également confrontée par la discrimination structurelle à travers les activités du système de santé mentale qui engendre des inégalités sociales (Bowen, 2001; Hyman, 2009; Jovelin, 2011; Pollock et coll., 2012; Shim et coll., 2018) et de la discrimination perçue (Pascoe et Richman, 2009). Étant des migrants francophones, les JIFO peuvent se confronter à des barrières en contexte linguistique minoritaire tel que le manque d'offre de services en français de qualité égale à celui offert en anglais (Drolet et coll., 2014, 2015; Legault, 2005; Mikkonen et coll., 2011).

D'autres études traitant des enjeux liés aux nouveaux arrivants francophones en situation linguistique minoritaire ont cependant souligné que même lorsque les services de santé mentale leur sont offerts, les communautés francophones les sous-utilisent (Gaborean et coll., 2018; Lacaze-Masmonteil et coll., 2013). De plus, les études montrent que les immigrants au Canada ont une tendance à moins consulter et à utiliser les services de santé mentale comparativement aux personnes non issues d'immigration (Islam et coll., 2018; Khanlou, 2010; Martínez-Hernández et coll., 2014b; Mikkonen et coll., 2011). Ainsi, la problématique de l'accessibilité ne se limite pas exclusivement à des contraintes et à des barrières de l'offre de services. Il faut aussi prendre en considération ce qui entrave la demande pour ces services de santé mentale. En premier lieu, plusieurs études soulèvent que la stigmatisation et les tabous associés à la santé mentale constituent des barrières qui peuvent entraver la demande d'aide émanant des nouveaux migrants francophones (Islam et coll., 2018; Nazilla Khanlou, 2010; Martínez-Hernández et coll., 2014b; Mikkonen et coll., 2011).

De plus, les immigrants au Canada souffrant de problèmes de santé mentale ont moins tendance que les personnes non issues de l'immigration à demander de l'aide (Whitley et coll., 2006). Selon une étude (Kravitz et coll., 2011), les immigrants ont une réticence à faire usage à des services de santé, car ils ont des images défavorables à l'égard des professionnels, des services de santé mentale et à la conceptualisation de la santé mentale et de la maladie mentale (Merry et coll., 2017; Sandhu et coll., 2013; Whitley et coll., 2006). Par ailleurs, les immigrants semblent éviter les services de santé mentale parce qu'ils craignent qu'utiliser ceux-ci ait des conséquences sur leur statut d'immigration au Canada (Gagnon, 2002; Lacroix, 2004; Spitzer, 2012).

Ainsi, la question de l'accès aux services de santé mentale chez les nouveaux arrivants JIFO et les problèmes d'accès ne peut pas être réduite à un simple problème au niveau de l'offre

des services de santé mentale. Les difficultés à accéder à ces services peuvent avoir des conséquences telles que des difficultés à rechercher et à obtenir de l'aide, mais encore à la sous-utilisation des services de santé mentale.

Pour permettre une meilleure compréhension des deux phénomènes de la sous-utilisation et de l'accès équitable, il est pertinent de découvrir le savoir profane partagé en collectivité parmi des groupes minoritaires (Leclerc et Lombrail, 2000). Selon Leclerc et Lombrail (2000), les représentations sociales des groupes minoritaires influencent leurs décisions et leurs comportements envers l'accès des services de santé mentale. Il est donc approprié d'utiliser l'approche des représentations sociales pour l'analyser les processus menant à l'accès et à l'utilisation des services de santé mentale par les JIFO.

Bien que plusieurs études traitent de la santé mentale des immigrants francophones à Ottawa (Conseil de planification sociale d'Ottawa, 2010; Kouyé et Soulière, 2018; Legault, 2005; Yusuf Farah, 2018), peu d'études s'interrogent sur les représentations sociales de l'utilisation et l'accès aux services de santé mentale chez les JIFO. De plus, peu d'études qualitatives mettent en lumière les représentations sociales des services de santé mentale chez ces jeunes migrants au Canada (Levesque et Rocque, 2015). Toutefois, il est important d'explorer la représentation sociale reliée à l'utilisation et aux savoirs à l'égard des services de santé mentale, puisqu'en y prenant compte, on pourrait informer et raffiner les politiques et les pratiques d'intervention professionnelles en travail social auprès de cette population et aussi améliorer l'accès et l'utilisation de ces mêmes services.

Avec un devis méthodologique qualitatif, dans une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée, cette étude envisage d'interroger les JIFO pour découvrir et comprendre le savoir profane qui est relié à leur accès et à leur utilisation des services de santé mentale. Pour

atteindre cet objectif, nous avons choisi la théorie des représentations sociales (TRS). La représentation sociale (RS) est une modalité de connaissance, un savoir naïf, qui donne un sens à la vie quotidienne, ce qui transforme l'inconnu au familier et concrétise les expériences vécues pour un groupe donné (Moscovici, 2013). De cette théorie, nous en avons adopté l'approche sociogénétique ou socioanthropologique (Jodelet, 1989a; Jodelet et Kalampalikis, 2015), car cette approche se prête à la description des représentations entre l'individu et le groupe pour appréhender le contexte sociohistorique qui les construits et dont elles émergent. C'est dans cette perspective méthodologique et d'analyse thématique que cette recherche va tenter de comprendre la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO.

Dans le cadre de ce mémoire, il sera question d'explorer les représentations sociales et les concepts contextuels à la recherche des services de santé mentale, en tenant compte de ma position de chercheur et de travailleur social. De ce fait, cette étude cherchera à susciter une réflexion, non seulement en ce qui a trait aux enjeux liés à l'accès, mais aussi à l'utilisation de ces services, pour ensuite proposer des pistes d'amélioration. Ainsi, dans cette recherche, nous proposons la question suivante: « Quelle est la représentation sociale des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones à Ottawa? »

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre traite de la problématique de notre recherche. Cette démarche sera amorcée avec la mise en contexte de l'immigration au Canada et de ses liens avec la santé mentale. Ensuite, les barrières d'accès aux services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones seront explorées. Finalement, nous justifierons l'exploration et l'utilisation des représentations sociales des services de santé mentale chez les JIFO.

Dans le deuxième chapitre, nous présenterons le cadre théorique de la théorie des représentations sociales selon l'approche socioanthropologique (Jodelet et Kalampalikis, 2015). La découverte des RS sera accomplie à l'aide d'une analyse du contenu, obtenue par une collecte de données qualitatives (Kalampalikis et Apostolidis, 2016). À ce sujet, cette approche aide à faire ressortir les dimensions symboliques, sociales et contextuelles de la pensée sociale (Moliner et Guimelli, 2015b, p. 31) pour saisir l'objet représentationnel dans son expression. Nous poserons ensuite notre question de recherche. En outre, nous expliquerons la pertinence sociale et scientifique de cette recherche.

Le troisième chapitre traite de notre méthodologie qualitative qui inclut : notre stratégie d'échantillonnage, notre outil de collection des données qualitatives et l'analyse des données ainsi qu'une réflexion d'ordre éthique par rapport à nos choix méthodologiques.

Au quatrième chapitre, les résultats obtenus seront présentés à l'aide des extraits des discours des participants recrutés.

Finalement, dans le cinquième chapitre, nous discuterons de nos résultats en parallèle à d'autres recherches scientifiques pertinentes. Pour clôturer notre recherche, nous explorons les implications de nos résultats pour l'intervention sociale et nous proposerons des pistes de réflexion et des pistes d'amélioration des pratiques d'intervention en santé mentale auprès des personnes immigrantes francophones à Ottawa.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Dans ce premier chapitre, nous allons examiner le contexte dans lequel émerge notre objet de recherche. Le questionnement qui guide cette recherche s'est accompli en reliant les éléments suivants : l'immigration au Canada, la santé mentale chez les nouveaux arrivants francophones et ses conséquences, les barrières d'accès aux services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones et le contexte linguistique francophone minoritaire.

1.1 Le Contexte de l'immigration au Canada

Le Canada est considéré comme un pays qui favorise l'immigration grâce à des politiques d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants (Banting et Soroka, 2020; Quell, 1998). Dans le cadre du régime fédéral canadien, les programmes fédéraux, provinciaux et ceux du secteur privé détiennent le pouvoir de sélectionner les immigrants au Canada⁴. Mise à part l'Allemagne, le Canada a accueilli le taux le plus élevé d'immigrants par habitant⁵ parmi tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Entre 2018 et 2019, environ 321,035 personnes ont immigré au Canada (IRCC, 2019). De ces immigrants, 20 % sont des jeunes de 15 à 25 ans (Gouvernement du Canada, 2019). En fait, les jeunes immigrants de

⁴ Source : Immigration, R. et C. C. (2017, décembre 13). Comprendre Statut RP. Consulté 6 décembre 2019, à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/nouveaux-immigrants/carte-rp/comprendre-statut-rp.html>

⁵ Source : Statistiques de l'OCDE sur les migrations internationales — Entrées d'immigrés permanents—OCDE Data. Consulté 17 décembre 2019, à l'adresse : <http://data.oecd.org/fr/migration/entrees-d-immigres-permanents.htm>

l'Asie, de l'Afrique et des pays arabes (Nichols et coll., 2019) représentent la population migrante la plus croissante au Canada (Gouvernement du Canada, 2019).

La majorité des immigrants francophones (plus de 70%) s'établissent hors du Québec. Beaucoup s'enracinent dans des régions métropolitaines de l'Ontario (Houle et coll., 2014). Parmi certaines communautés francophones minoritaires, des campagnes de recrutement et d'intégration (IRCC, 2006) sont organisées pour « attirer » les immigrants d'expression francophone dans le but d'accroître l'épanouissement et la revitalisation du français au Canada (Fourot, 2016).

Selon le recensement des régions métropolitaines de 2016, la région d'Ottawa-Gatineau a vu sa population s'agrandir grâce à l'immigration (Gouvernement du Canada, 2017). Toujours selon ce même recensement, près d'un quart des résidents (255 800 personnes) sont des immigrants dans la région d'Ottawa-Gatineau et 37 890 personnes sont issues d'une immigration depuis cinq années. De plus, à Ottawa, 35 % d'immigrants récents ont entre 1 à 24 ans (13,265 personnes) (*Ibid*, 2017).

Toutefois, les JIFO arrivent également avec des expériences culturelles et linguistiques distinctes de celui du pays d'origine. En effet, les jeunes immigrants et leurs familles peuvent subir des défis au niveau de l'intégration dans le marché du travail, dans l'éducation et dans leur communauté (Boudarbat et Ebrahimi, 2017). Mais encore ils peuvent ressentir des pressions issues de changements liés à leurs rôles et à leurs identités (Khanlou et Guruge, 2008) ou à des tensions nées de l'apprentissage de nouvelles valeurs culturelles (Alba et Foner, 2015). Ces aspects de stress peuvent nuire à leur santé mentale et entraîner des formes de dépression (Gagnon, 2002).

Étant des migrants francophones, les JIFO peuvent être confrontés à des barrières de l'offre et de l'accessibilité au sein des services sociaux et de santé telle que les centres hospitaliers et les

centres de santé communautaire, localisés dans des endroits linguistiques minoritaires (Drolet et coll., 2014; Islam et coll., 2018; Khanlou, 2010; Pollock et coll., 2012; Vatz Laaroussi et coll., 2002).

Il semble que l'accès aux services de santé mentale chez les JIFO soit particulièrement difficile. Il est important que les gestionnaires des services sociaux et de la santé mentale fondent leurs décisions et leurs programmes sur les réalités des JIFO afin d'améliorer leur accès aux services de santé mentale. Cependant, les chercheurs reconnaissent la lacune d'études qualitatives sur la santé des jeunes immigrants (Levesque et Rocque, 2015; Salehi, 2010). À notre connaissance, il n'y en a aucune sur la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO qui explore en particulier comment cette représentation sociale des services de la santé mentale influence l'accès à ces services chez les JIFO.

1.2 Recension des écrits

Nous avons effectué une recherche bibliographique sur les bases de données des sciences sociales de la bibliothèque de l'Université d'Ottawa. Nous avons fait une recherche par l'entremise d'une combinaison de sept mots-clés : « immigration », « nouveaux arrivants », « jeunes », « minoritaire linguistique », « accès », « services » et « santé mentale ». Afin de capturer un échantillon des études écrites en anglais, nous avons effectué une recherche avec ces sept mots-clés traduits : « mental health care services », « access », « perception », « youth » « immigrants », et « linguistic minorities ». Les bases de données consultées étaient Érudit, SocIndex, PubMed, ProQuest, Social Service Abstract, PsychInfo, CINAHL (Ebsco). Nous avons privilégié les articles portant sur la santé mentale et les services de santé mentale croisés avec la population de jeunes

immigrants francophones vivant dans les communautés minorités francophones. De cette recherche, nous avons retenu quatre thèmes : la santé mentale et le processus de l'immigration et de l'intégration, les barrières et les obstacles à l'accès aux soins en santé mentale, les barrières et les enjeux qui affectent l'accès et l'utilisation chez les francophones minoritaires, et les effets de ces barrières sur les JIFO et les immigrants. Ces thèmes nous aideront à situer notre recherche parmi le corpus de connaissance scientifique.

1.2.1 La santé mentale et l'immigration

À leur arrivée au Canada, la majorité des immigrants sont souvent en meilleur état de santé que les personnes nées au Canada (McKeary et Newbold, 2010; Vang et coll., 2016). Cependant, des recherches indiquent une détérioration de la santé durant les quatre premières années suivant l'immigration (Kirmayer et coll., 2011; McDonald et Kennedy, 2004). En Ontario, les jeunes immigrants récents souffrent d'une plus grande détresse psychologique⁶ que les jeunes de deuxième génération (Hamilton et coll., 2009).

Au Canada, les jeunes immigrants et leurs familles peuvent connaître des situations économiques précaires et subir des chocs culturels provoqués par les défis liés au rattrapage scolaire (Jacquet et Masinda, 2014), par les différences au niveau de la langue, des coutumes, et des procédures sociales, percutées par des sentiments d'isolement, de confusion, du mal du pays d'origine (Deen, 2002). En conséquence, plusieurs immigrants subissent des difficultés

⁶ Selon le résultat du « General Health Questionnaire » (GHQ) – un questionnaire d'auto-évaluation utilisé comme un outil de dépistage du bien-être psychologique et qui mesure les facteurs de la détresse psychologique: les symptômes somatiques, l'anxiété, l'insomnie, le dysfonctionnement social et la dépression sévère

psychologiques tels que l'anxiété et le stress avant et après leur installation au Canada (Irwin, 2007). Ces aspects exposent les jeunes immigrants à une plus grande vulnérabilité, qui peut mener à des troubles de santé mentale (Gagnon, 2002). Plusieurs recherches s'intéressent aux aspects qui se répercutent sur la santé mentale des jeunes immigrants. Entre autre, le lien entre la santé mentale et l'accès à un logement abordable, l'accès aux services de recherche d'emplois, l'intégration à l'école et dans le milieu culturel, l'apprentissage de la langue est une avenue souvent explorée dans le corpus scientifique de l'intervention professionnelle auprès des immigrants. Tout d'abord, certains de ces jeunes immigrants subissent des expériences traumatiques migratoires. Les jeunes immigrants peuvent être séparés de leurs parents et de leurs familles, représentant souvent une source de stabilité. Ces familles souvent restées au pays (Moreau et coll., 1999) symbolisent un appui affectif et culturel (Vatz Laaroussi et coll., 2002b). Dans leurs parcours de migration, ces jeunes peuvent avoir été des victimes de violence physique et/ou sexuelle, de décès de personnes proches et de l'insécurité d'habitation et de logement (Agic, 2016; Alba et Foner, 2015; Bernier, 1993; Hodes, 2001; Laurence J Kirmayer et coll., 2007; Moreau et coll., 1999; Nakhaie, 2018; Picot et Hou, 2003; Rousseau et coll., 2008). De plus, les jeunes immigrants peuvent subir directement ou à travers leurs familles, des défis de l'intégration sur le marché de travail (J. Lacroix, 2014; Reitz, 2007) et de l'insertion dans le milieu scolaire (Fang et coll., 2011).

Les événements qui précèdent et suivent le processus de l'immigration peuvent donc avoir un effet néfaste sur la santé mentale des jeunes immigrants. Le processus de l'immigration peut entraîner un « stress acculturatif » (Ertorer, 2016; Lagacé et coll., 2012; Young, 1996) qui peut être aggravé par la période de transition vers la vie d'adulte, une période déjà mouvementée - (Molgat, 2004) où apparaissent souvent des problèmes de santé mentale et de maladie mentale (Kutcher et Davidson, 2007). Ensemble, les stress reliés à l'immigration et à l'adolescence peuvent

conduire à de problèmes de santé mentale (Agic, 2016; Alegría et coll., 2017; Chen et coll., 2008; Mikkonen et coll., 2011).

D'autres études soulignent les conséquences de traumatismes (l'anxiété, le trouble du stress post-traumatique et la dépression majeure) qui reflètent les expériences des immigrants avant de franchir la frontière du Canada (Craig et coll., 2009; Khanlou, 2010; Nickerson et coll., 2011). Cependant, une autre série d'études critiquent les études axées exclusivement sur l'étude des traumatismes et sur le trouble du stress post-traumatique accentuant leurs approches réductrices (d'Halluin, 2009).

Certaines études rendent compte que l'état de santé mentale des jeunes immigrants récents n'est pas homogène ou uniquement intrinsèque à l'individu (Castañeda et coll., 2015; Mikkonen et coll., 2011; Nyika et coll., 2017; Richter et coll., 2020; Vaillancourt et Lacaze-Masmonteil, 2009). Les experts qui adoptent une approche des déterminants sociaux de la santé tentent de prendre en compte les différents facteurs et les parcours d'intégration socioéconomique (Castañeda et coll., 2015; Mikkonen et coll., 2011; Nyika et coll., 2017; Richter et coll., 2020; Vaillancourt et Lacaze-Masmonteil, 2009). Le pays d'origine est un déterminant social de santé mentale. Notamment, les immigrants de l'Amérique du Nord et certains pays européens ont un accès plus facile aux services de santé mentale, un aspect important pour le bien-être de tout individu (Robert et coll., 2013). Selon des études (McGibbon, 2012; Pfarrwaller et Suris, 2012; Viner et coll., 2012), la santé mentale des immigrants correspond à une interaction entre plusieurs caractéristiques sociodémographiques et psychologiques qui les protègent telles que l'accès au travail ou le revenu familial. Une fois arrivés dans le pays d'accueil, le statut migratoire et la résidence permanente sont également des déterminants de la santé mentale pour les nouveaux arrivants (Pfarrwaller et Suris, 2012). Les jeunes immigrants exilés (exilés politiques, réfugiés, demandeurs d'asile) ont des

taux plus élevés de trouble du stress post-traumatique et de dépression que les immigrants appartenant à la catégorie économique (Agić, 2016; Hare, 2007; Rousseau et Drapeau, 2004). D'autres auteurs notent que les jeunes réfugiés qui s'installent au Canada ont souvent une meilleure santé générale que ceux nés au Canada, mais seulement après qu'ils ont eu recours aux services adaptés à leurs parcours migratoires (DesMeules et coll., 2005; Stewart et coll., 2008).

Pour les jeunes immigrants, la santé mentale peut être influencée par plusieurs facteurs reliés à leurs trajectoires avant l'immigration ainsi que les trajectoires à travers l'intégration dans un nouveau pays. Malheureusement, plusieurs lacunes au niveau de système soins de santé mentale et au niveau des pratiques et des relations entre les intervenants et les immigrants font en sorte que ces derniers ont de la difficulté à accéder et à utiliser les services de santé mentale dont ils ont besoin. Pour les immigrants d'expression française qui sont dans un milieu linguistique minoritaire à Ottawa, le fait de ne pas pouvoir recevoir ces services en français constitue une barrière additionnelle.

1.2.2 Les barrières d'accès aux services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones

Des recherches mettent en relief les carences des soins accessibles en santé mentale, en particulier les barrières limitant l'accès à ces services chez les jeunes immigrants au Canada. Les jeunes immigrants rencontrent plusieurs barrières d'accessibilité aux services de santé mentale. Certaines études (L. M. Anderson et coll., 2003; Cleaver et coll., 2016; Flores et coll., 2000; Manço, 2016; Vatz Laaroussi et coll., 2002; Wood et Newbold, 2012) traitent des obstacles de l'offre, et d'autres traitent des obstacles de la demande de services de santé mentale. Toutefois,

plusieurs recherches (Lebrun, 2009; Lévesque et coll., 2018; Shim et coll., 2018) mettent en relief l'interdépendance entre ces deux barrières.

En ce qui concerne l'offre de service, des études soulignent les lacunes de compétences culturelles, du savoir-faire autoréflexif comme moyen de contrer les déséquilibres de pouvoir et de sensibilisation culturelle chez les professionnels de la santé envers les immigrants (Ahmed et coll., 2016; L. M. Anderson et coll., 2003; Asanin et Wilson, 2008; Bowen, 2001; Cleaver et coll., 2016; Jarvis, 2017; Nazilla Khanlou, 2010; Lebrun, 2009; Ng et Omariba, 2011; Pollock et coll., 2012; Shim et coll., 2018; Vatz Laaroussi et coll., 2002a; Wang, 2007). Pour d'autres experts, les immigrants ont des difficultés à passer à travers les points d'entrées du système de soins de santé mentale (Kisely et coll., 2007; Quesnel-Vallée et coll., 2011) et à avoir accès à un médecin régulier (Asanin et Wilson, 2008). En conséquence, les immigrants ont moins d'accessibilité aux fournisseurs de soins capables de les aiguiller vers d'autres services de santé mentale (Wang, 2007; Wu et coll., 2005). En outre, les immigrants peuvent faire l'objet d'une discrimination négative de la part des professionnels de santé (Bowen, 2001; Hyman, 2009, 2009; Pollock et coll., 2012; Shim et coll., 2018). Finalement, pour ceux qui vivent dans des communautés rurales, l'accès peut être aussi contraignant (Maticka-Tyndale et coll., 2007; Wu et coll., 2005).

Par ailleurs, des problèmes de communication peuvent avoir des répercussions sur l'accès aux services de santé mentale (Ahmed et coll., 2016). Les auteurs ont conclu que l'accès aux services est délicat en raison d'une rupture de communication entre les usagers et les intervenants en santé mentale qui se traduit par un manque de vocabulaire spécifique à la santé mentale et de la frustration de la part des intervenants lorsqu'ils ont du trouble à comprendre (Ahmed et coll., 2016). D'autant plus, les expressions ancrées dans la culture (Anderson et coll., 2003; Jarvis, 2017) et les accents (Bowen, 2001) ajoutent au défi de communication avec les gestionnaires de soins

pour une population qui souvent maîtrise moins le français et l'anglais ou les deux (C. Bernier, 1995; Boucher, 1998; Bowen, 2001). De même ainsi le décalage communicationnel peut exister entre les professionnels et les usagers par rapport aux interprétations des concepts associés à la santé mentale (Anderson et coll., 2003; Hsu et Alden, 2008; Khanlou, 2010; Khanlou et Crawford, 2006; Lebrun, 2009). Les chercheurs ont montré que l'incompréhension de la terminologie en matière médicale heurtait non seulement l'accès à l'information sur les services, mais aussi la communication entre les usagers et les professionnels (Ng et Omariba, 2011). Ces problèmes de communication peuvent tempérer le développement de la relation d'aide, heurtant la mobilisation des ressources en santé mentale (Ellis et coll., 2011; Green, 2006). Ainsi, le manque de personnel ayant les compétences culturelles et linguistiques (L. M. Anderson et coll., 2003; Cleaver et coll., 2016; Manço, 2016), les obstacles de communication et les entraves structurelles infligent des barrières importantes à l'accès des services de santé mentale chez les JIFO.

Outre les problèmes de l'offre, des études remarquent que les immigrants utilisent moins les services de santé mentale comparés aux personnes non issues de l'immigration (Islam et coll., 2018, 2018; Lou et Beaujot, 2005; Martínez-Hernández et coll., 2014b; Mikkonen et coll., 2011). Une revue systématique des articles scientifiques par Gulliver et collaborateurs (2010) met en relief quelques barrières au niveau de la demande de l'aide : la stigmatisation, l'embarras, la mauvaise connaissance de la santé mentale et la préférence des jeunes d'autogérer leurs symptômes.

Afin d'expliquer les barrières de la demande d'aide, des études au sein des jeunes immigrants soulignent les différences culturelles dans la perception de la santé mentale et de ces traitements. En effet, les recherches exposent que ces différences culturelles réduisent l'intensité de la recherche des services de santé dont les jeunes immigrants ont besoin (Na et coll., 2016).

La perception de la santé mentale a varié selon la culture et à travers les époques (Foucault, 2007). En général, la perception défavorable envers le concept de santé mentale et le « tabou » associé avec la santé mentale représente une barrière (Khanlou, 2010; Mikkonen et coll., 2011). De plus, le questionnement et les comportements associés avec la demande et la recherche du soutien pour la santé mentale peuvent soulever une désapprobation en raison de l'opinion négative des soins en santé mentale au sein de la culture d'un pays (Islam et coll., 2017; Martínez-Hernández et coll., 2014a). Les immigrants peuvent conséquemment avoir du mal à s'orienter vers les services de santé mentale.

D'autres études indiquent que la sous-utilisation est associée avec des représentations que se font les immigrants par rapport aux professionnels aux services de santé mentale, à la santé mentale et à la maladie mentale (Merry et coll., 2017; Sandhu et coll., 2013; Whitley et coll., 2006). De même, une perception d'un manque de confiance envers les compétences et les mesures de protection de la confidentialité de la part du personnel de santé mentale entraînent une réticence à en faire usage (Kravitz et coll., 2011). Les immigrants ont encore moins tendance à utiliser ces services lorsqu'ils croient que le personnel fait preuve d'un manque de respect, de racisme ou de discrimination (Pascoe et Richman, 2009).

Par ailleurs, les immigrants évitent les services de santé mentale parce qu'ils craignent qu'utiliser ceux-ci ait un impact sur leur statut d'immigration au Canada (Gagnon, 2002; Lacroix, 2004; Spitzer, 2012). L'utilisation des services de santé mentale peut aussi dépendre de la perception et des préférences personnelles.

La sous-utilisation des services de santé mentale existe même lorsque les services sont accessibles. Pour comprendre davantage ces problèmes d'accès aux soins et aux services de santé mentale, il est pertinent de découvrir le savoir partagé en collectivité parmi des groupes

minoritaires (Leclerc et Lombrail, 2000). Selon ces mêmes auteurs, le savoir profane, partagé en collectivité, influence les décisions et les comportements par rapport à l'utilisation des services de santé mentale.

1.2.3 Le contexte minoritaire de la population immigrante francophone

Les nouveaux arrivants francophones font face aux mêmes problèmes d'offre de services existant au préalable dans des milieux linguistiques minoritaires (Kouyé et Soulière, 2018). En dehors du Québec, l'accès dans sa langue maternelle, ainsi qu'une maîtrise de l'anglais sont des déterminants qui influencent non seulement l'accès, mais aussi la qualité des soins (Audet et Drolet, 2014; Legault, 2005; Mikkonen et coll., 2011). Des études portant sur les indices de santé indiquent que la santé est plus faible chez les francophones immigrants en situation minoritaire que chez les groupes immigrants de langue anglaise (Bouchard et coll., 2018). Ce clivage est aussi représenté à travers des perceptions des francophones non issus de l'immigration qui se perçoivent en moins bonne santé que la population anglophone (Bouchard et coll., 2009). La barrière d'accès linguistique est un phénomène observé à travers le pays : au Manitoba (Ndiaye et Sombié, 2018), au Nouveau-Brunswick, en Ontario (Corbeil et coll., 2010; Picard et Allaire, 2005), à Toronto (Boudreau, 1999), à Ottawa (Conseil de planification d'Ottawa, 2010) et à travers d'autres régions.

D'autres études mettent en relief la pénurie du personnel ayant la capacité d'offrir des services en français (Drolet et coll., 2015; Drolet, Dubouloz, et Benoît, 2014). Il y a aussi une barrière qui peut exister au préalable chez les immigrants. Les francophones minoritaires peuvent hésiter à demander pour des services de santé mentale (Drolet et coll., 2015). Cette hésitation peut persister même lorsque les fournisseurs de services en français sont disponibles (Gaborean,

Negura, et Moreau, 2018; Lacaze-Masmonteil et coll., 2013; Vaillancourt et Lacaze-Masmonteil, 2009). Ainsi, les jeunes immigrants francophones peuvent rencontrer les mêmes obstacles que vivent les francophones minoritaires lorsqu'ils s'établissent à Ottawa, même si la Loi de 1986 en Ontario garantit à toute personne de recevoir des services en français dans les institutions de santé et les organismes de la province (Power et coll., 2014). Lorsque les JIFO s'installent dans une ville majoritairement anglophone, ils risquent de rencontrer des obstacles en partie liés à leur parcours migratoire et en partie reliés à leur appartenance à un groupe linguistique minoritaire.

En somme, les perceptions, les préférences, et les particularités sociales et culturelles influencent les décisions que prennent les nouveaux arrivants : s'informer sur le système des services de santé mentale ou soit l'éviter complètement (Newbold, 2005). Les difficultés à accéder à ces services sont intimement reliées aux carences vues dans la recherche active de services et dans l'utilisation de ces services. Tous ces éléments contribuent aux inégalités d'utilisation des services de santé mentale. Ainsi, la question de l'accès ne peut être réduite à un simple problème de l'offre des services de santé mentale. De plus, les expériences prémigratoires, le processus de l'immigration et les obstacles de l'accès aux services de santé mentale font en sorte que les jeunes immigrants francophones peuvent vivre des difficultés de santé mentale pendant une période déjà mouvementée à l'adolescence (Molgat, 2004). Mais encore, la sous-utilisation des services de santé mentale existe même lorsque les services sont accessibles pour les JIFO. Étant donné le rôle que jouent les attitudes et les comportements à l'égard de l'utilisation des services de santé mentale pour les immigrants appartenant à un groupe linguistique minoritaire, il est pertinent d'approfondir la façon dont ils se représentent ces services.

L'exploration de leurs images et savoirs communs par l'entremise des représentations sociales permettra de comprendre davantage ces problèmes d'accès et d'utilisation des services de

santé mentale. La théorie des représentations sociales est notamment pertinente pour étudier le savoir partagé en collectivité parmi des groupes minoritaires (Leclerc et Lombrail, 2000). Ainsi dans le chapitre suivant, nous allons discuter des fondements de la théorie des représentations sociales et de sa signification pour comprendre la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO.

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE

Cette étude envisage d'interroger les jeunes migrants francophones pour découvrir leur connaissance partagée sur les services de santé mentale. Pour ce faire, nous avons privilégié la théorie des représentations sociales (TRS). Selon Moscovici (2013), la représentation sociale (RS) est une modalité de connaissance, un savoir naïf, qui accorde un sens aux objets et aux expériences de la vie quotidienne. Selon l'auteur, la RS permet de transformer l'inconnu au familier et concrétise les expériences vécues pour un groupe donné. De cette théorie, nous avons accordé une attention particulière à l'approche sociogénétique (Jodelet, 1989a; Jodelet et Kalampalikis, 2015), qui se prête à la description des représentations sociales et qui nous permet d'appréhender le contexte social dont elles sont construites.

C'est dans le contexte du savoir profane des JIFO que cette recherche va tenter de comprendre la représentation sociale des services de santé mentale propre à ce groupe. Dans ce chapitre, nous présenterons les fondements de ce cadre théorique. De plus, nous expliquerons comment cette démarche a influencé notre choix du devis méthodologique qualitatif. Nous conclurons ce chapitre avec la présentation de notre question de recherche et puis nous dévoilerons la pertinence sociale et scientifique de notre recherche.

2.1 Les représentations sociales (RS)

Inscrite dans la pensée d'Émile Durkheim, la théorie des RS a été introduite et développée par Serge Moscovici dans son livre fondateur de l'insertion de la psychanalyse dans l'épistémologie du quotidien (Wagner et coll., 1999). Selon Moscovici (1972), les RS sont élaborés à travers deux processus interreliés : l'ancrage et l'objectivation. L'ancrage est une

« élaboration d'un cadre et d'instruments de conduite » (Moscovici, 1972, p. 444). C'est l'interprétation et la catégorisation de nouveaux objets en fonction des connaissances préalables du groupe social pour rendre ces objets familiers. Le processus de l'objectivation « réalise cette réduction de la distance entre le savoir naïf et son objet en amenant les individus à faire correspondre des notions abstraites à des objets concrets » (Moliner et coll., 2019, p. 181). Donc, ce processus permet la communication d'objets inconnus et sert « à l'instrumentalisation du savoir en lui conférant une valeur fonctionnelle pour l'interprétation et la gestion de l'environnement » (Jodelet, 1989a, p. 39). Une RS est une élaboration d'un objet ancré dans les valeurs et les connaissances d'un groupe. L'objet élaboré devient une réalité sociale parmi les membres du groupe à compter des connaissances et des valeurs communiquées par rapport à un certain objet ancré dans le savoir commun du groupe. En effet, le sujet et l'objet de la représentation sociale fonctionnent conjointement dans un procès bidirectionnel.

Selon Moscovici (1972), les RS servent deux fonctions. La première est d'établir un ordre qui permet aux personnes de s'orienter dans leur monde, et la deuxième permet la communication interpersonnelle en fournissant des règles de base pour baliser l'échange social et classifier de nouveaux objets.

Le résultat de ces constructions mentales permet d'interagir et de prédire des objets et des expériences de la vie quotidienne (Jodelet, 1989b, 2006b; Moscovici, 2013). Ainsi la représentation sociale est une modalité de connaissance, un savoir naïf, qui donne un sens à la vie quotidienne, ce qui transforme l'inconnu au familier et concrétise les expériences vécues pour un groupe donné.

De cette perspective, les RS peuvent également servir comme véritables instruments de recherche pour approfondir une compréhension globale de la pensée sociale. L'étude de la RS

correspond à l'étude de la pensée sociale que se font les personnes envers un objet quelconque (le contenu), à la manière que ces personnes pensent (les mécanismes de la prise en compte du contenu) et à l'égard du raisonnement que pensent ces personnes (quelle est sa fonction dans le contexte donné) (Rateau et Lo Monaco, 2013).

Dans le cadre de cette recherche, l'objet représenté est les « services de santé mentale ». Le processus par lequel la RS est élaborée et partagée socialement fonctionne à concilier les opinions divergentes et à classer de nouvelles informations en fonction des constructions mentales partagées parmi le groupe des JIFO. Ancrées dans le contexte social des JIFO, les constructions mentales partagées forment la RS des services de santé mentale. Compte tenu de la réflexion portée sur les représentations sociales, nous adopterons la définition inspirée par Moscovici dans le chapitre intitulé, *des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire* dans l'ouvrage de Jodelet (Jodelet, 1997) : les RS sont un groupement de savoirs, de croyances, d'opinions et d'attitudes socialement élaborées dans un groupe de personnes à propos d'un objet.

Dans notre recherche, les représentations sociales deviennent concrétisées, ce qui guide le rapport vers l'extérieur, telles que le comportement des JIFO vers les services de santé mentale. Cependant, pour avoir accès à ce phénomène, nous avons orienté notre démarche méthodologique vers la découverte des expériences des jeunes francophones migrants qui ont vécu une histoire d'immigration et d'intégration dans la région d'Ottawa. Quant au mode privilégié, nous avons choisi d'intégrer l'approche sociogénétique (Jodelet, 1989a) ou socio-anthropologique des représentations sociales, car ce modèle se prêtait particulièrement bien à découvrir les expériences des personnes dans le terrain ethnographique (Kalampalikis et Apostolidis, 2016a), c'est-à-dire parmi le monde des JIFO. Cette approche constitue une approche distincte des autres approches

orientées vers les représentations sociales. En effet, cette approche ne privilégie pas l'élaboration de la structure même, mais entreprend d'expliquer les fonctionnements des représentations (Abric, 2003). Aussi, cette approche se prête à la description des représentations entre l'individu et le groupe pour appréhender le contexte sociohistorique qui les construit et dont elles émergent.

2.1.1 Les différentes approches de la théorie des représentations sociales

Depuis la genèse de la TRS issue de la pensée de Moscovici (Moscovici, 1972) l'étude des représentations sociales a évolué grâce à l'introduction de cinq orientations théoriques et méthodologiques : l'approche socio-dynamique (Doise, 2003), l'approche structurale (Abric, 2001), l'approche dialogique (Marková, 2007), l'approche multi-modélisante (de Rosa, 1994) et l'approche sociogénétique de Jodelet (Jodelet, 1989b; Kalampalikis et Apostolidis, 2016), que nous allons décrire davantage dans la section 2.3.

Tout d'abord, selon l'approche sociodynamique (Doise, 2003), les représentations fonctionnent à générer des prises de position selon un rapport social donné (Lo Monaco et Lheureux, 2007). L'approche sociodynamique s'intéresse à l'analyse des similitudes et des différences entre les individus, en mettant en l'avant des « ...méthodes multivariées permettant de mettre en évidence des liens entre éléments cognitifs, mais également entre des individus ou des groupes et des éléments cognitifs » (Moliner et Guimelli, 2015a).

Ensuite, l'approche structurale est plutôt orientée vers la compréhension de la forme et de la formation des représentations sociales (Abric, 2001). Selon cet auteur, une RS est composée d'un noyau et d'éléments périphériques et non de leur contenu. La structure de la représentation

peut être conceptualisée à l'aide du procédé de la méthode expérimentale pour répondre à une hypothèse à propos de la fonction de la RS (Rateau et Lo Monaco, 2013).

Concernant l'approche dialogique, celle-ci est focalisée sur le processus de communication à la production des RS. Plus spécifiquement, cette approche présuppose que les représentations sociales découlent du rapport interdépendant ou une d' « interaction interne » entre *ego*, *alter* et un objet donné (Marková, 2011).

Finalement, l'approche multi-modélisante (de Rosa, 1994, 2012) concorde l'ensemble méthodologique des techniques pour l'analyse des RS. Selon de Rosa (1994), les instruments doivent invariablement correspondre au sujet et aux objectifs de la recherche. En d'autres termes, la nature de l'hypothèse de la recherche va influencer le choix d'approches méthodologique (quantitatives et qualitatives et le choix des stratégies d'analyse des données et les résultats attendus) afin d'optimiser une méthodologie qui répond aux l'objectif respectif des études. Nous sommes toujours à la recherche d'une approche adaptée à l'exploration des fondements (savoirs, croyances, opinions et attitudes) vus à travers les yeux du groupe sélectionné. Notre attention s'est ainsi penchée sur l'approche sociogénétique, une approche pertinente pour notre objet de recherche afin d'explorer le contexte sociohistorique qui les construits et dont elles émergent.

2.1.2 L'approche sociogénétique ou socio-anthropologique (Jodelet, 1989a): une approche privilégiée

L'approche **sociogénétique** de Jodelet (1989) fait écho aux études des sciences sociales et ethnographiques « sociogénétiques » (Jodelet, 2017). L'approche sociogénétique se prête à la description des représentations sociales entre l'individu et le groupe pour appréhender le contexte social dont elles sont construites. Elle se définit comme une approche ayant un aperçu plus

holistique, plutôt que réducteur des phénomènes complexes, caractérisant ainsi l'utilisation de cette approche (Jodelet, 2008).

La découverte des RS est accomplie grâce à l'aide d'une analyse du contenu, obtenue par la collecte de données qualitatives ethnographiques (Kalampalikis et Apostolidis, 2016). À ce sujet, cette approche aide à faire ressortir les dimensions symboliques, sociales et contextuelles de la pensée sociale (Moliner et Guimelli, 2015) pour saisir l'objet représentationnel dans son expression « ...en tant que connaissance sociale et pratique, fruit des conjonctures historiques, politiques et culturelles et de la communication sociale » (Kalampalikis et Apostolidis, 2016, p. 2).

L'analyse des RS traverse facilement les frontières cognitives. Ce que « je pense », « je sais » et « je crois » sont mutuellement reliées (Rateau et Lo Monaco, 2013). En d'autres mots, la RS se manifeste concrètement en l'ensemble « d'éléments cognitifs » relatifs à un objet social (Rateau et Lo Monaco, 2013, p. 4). Par conséquent, le contenu d'une représentation sociale peut indifféremment être qualifié « d'opinion, d'attitude, de croyance et d'information » (Abric, 2003, p. 188).

L'approche sociogénétique est pertinente pour l'étude des « services de santé mentale » chez les JIFO, car c'est un objet complexe naissant au carrefour des représentations sociales de la santé, de la santé mentale, des services de santé mentale et du contexte social englobant les objets représentés. À cet effet, cette approche permet de décrire les attitudes et les éléments symboliques dans lesquels un comportement ou un geste se manifeste. En ce sens, les JIFO disposent en eux-mêmes la RS qui découle de leurs vécus issus du monde de l'immigration, de la francophonie et de la jeunesse.

En outre, ce n'est pas strictement le vécu des usagers de ces services que contiennent les connaissances recherchées par rapport aux « services de santé mentale ». C'est autant les expériences partagées par la collectivité qui sont façonnées par les représentations sociales (Jodelet, 2006a). C'est à travers les discours des JIFO, racontant leurs expériences et leurs histoires de vie, que nous avons envisagé d'explorer l'objet représentationnel des services de santé mentale. En employant l'approche sociogénétique, nous allons analyser les expériences des JIFO en utilisant la théorie des représentations sociales pour nous transporter dans les mondes des images et des gestes liés au cheminement migratoire, à l'interaction et l'accès aux services de santé mentale. Nous estimons que cette approche devrait apporter certains éclaircissements utiles pour le champ d'étude du travail social et aussi à l'intervention auprès des JIFO dans le domaine de la santé mentale.

2.1.3 La représentation sociale et l'accès et l'utilisation des aux services de santé mentale

Selon Abric (1994), « ...la relation au monde extérieur et psychologique est médiatisée par les RS, qui traitent et filtrent les informations qui nous parviennent et nous fournissent des points de repère plus ou moins valides pour agir et/ou justifier son comportement » (p. 148). À cet effet, l'analyse de contenu des discours nous a servi à clarifier le processus et le comportement par rapport à l'utilisation et à l'accès aux services de santé mentale. Dans le cadre de notre recherche, nous avons tenté de comprendre les idées, les images et les pratiques professionnelles, mais aussi l'interprétation du contexte dans lequel les actions et les pratiques sociales se manifestent.

En ce qui concerne le contexte de la santé en lien avec la théorie des RS, l'étude de RS « pourrait servir de guide pour traiter de la rencontre entre les savoirs savants et profanes, l'expertise et la citoyenneté, l'objectivation scientifique et la subjectivité, dans d'autres situations

qui engagent l'expérience et la pratique des acteurs dans un espace social et culturel défini » (Jodelet, 2017, p. 278). Ainsi, l'étude de RS pourrait mobiliser le savoir à partir de l'expérience d'une population donnée pour ajouter au corpus de connaissance scientifique.

Nous témoignons aujourd'hui une croissance de la communauté francophone minoritaire d'Ottawa notamment grâce à l'arrivée de familles migrantes provenant de pays hors du Canada (Houle et coll., 2014). Cependant, l'accès aux services de santé mentale est difficile pour les JIFO et leurs familles. Les points de vue des JIFO sont cruciaux afin d'identifier les composantes de la pensée reliées à l'utilisation et à l'accès à ces services. Pour ceci, une approche de la RS est adaptée pour arriver aux composantes de cette pensée singulière par rapport à celles prescrites par des experts et scientifiques.

2.2 Question et objectif de recherche

Des études ont montré que l'accès aux services de santé mentale est difficile même lorsque ces services sont offerts, car l'utilisation des services dépend des réalités construites par le groupe de personnes étudiées (Bowen, 2001; Hyman, 2009; Jovelin, 2011; Merry et coll., 2017; Pollock et coll., 2012; Sandhu et coll., 2013; Shim et coll., 2018; Whitley et coll., 2006). Le savoir profane, partagé en collectivité, influence les décisions et les comportements par rapport aux services de santé mentale (Leclerc et Lombrail, 2000). Malgré leur pertinence dans le domaine des services sociaux, le domaine de l'immigration et le domaine de la santé mentale, peu d'études qualitatives s'interrogent sur les représentations sociales reliées à l'accès aux services de santé mentale chez les jeunes migrants au Canada (Levesque et Rocque, 2015). Selon la revue de littérature complétée

par les acteurs, moins d'études encore s'intéressent aux représentations sociales que se font les jeunes immigrants par rapport aux services de santé mentale.

Selon Jodelet (2017), ce n'est pas le savoir scientifique qui guide les comportements des usagers de services de santé mentale ; c'est le sens commun qui prime. Dans cette optique, nous souhaitons découvrir la représentation sociale des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones d'Ottawa, et aussi étudier les thèmes qui en découlent, tout en étant guidés par la TRS. De plus, l'approche des RS, via l'approche sociogénétique (Jodelet et Kalampalikis, 2015), permet la prise en compte des réalités que se font les JIFO par rapport aux services de santé mentale. C'est donc la responsabilité des chercheurs de découvrir les représentations sociales des participants (Blanc et Monnais, 2007).

Ce cadre théorique nous offre un moyen pour capturer les perceptions, les valeurs, les images et les représentations sociales qui influencent l'accès et l'utilisation de services. Pour amorcer notre recherche sur la RS des services de santé mentale chez les JIFO nous avons tenté de répondre à la question suivante :

Quelle est la représentation sociale des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones vivant en situation minoritaire linguistique à Ottawa?

2.3 Pertinence sociale et scientifique de cette recherche

Premièrement, située dans la subjectivité des JIFO, cette recherche est importante pour deux raisons principales. En premier temps, l'étude des représentations que se font les JIFO par rapport à l'accès et à l'utilisation de ces services est largement absente du corpus de recherche des services sociaux et des autres corpus « émancipatoire » (Salehi, 2010). Le travail social est une

discipline qui vise à questionner les relations du pouvoir et de débusquer les causes des inégalités en s'interrogeant sur les réalités sociales des phénomènes sociaux contemporains (Rivest et Moreau, 2015). En vue d'aider les personnes à s'émanciper, il faut prendre en compte les réalités des personnes qui vivent les inégalités sociales et ensuite aboutir à de meilleures interventions professionnelles (Negura, 2016). Si les RS nous aident à nous rendre compte de cette réalité des JIFO par rapport aux services de santé mentale, la recherche pourrait donc servir à approfondir les réalités et les connaissances de première main auprès des JIFO. Ces nouvelles notions pourraient compléter le corpus qui alimente les connaissances des intervenants sociaux et autres professionnels de la relation d'aide. Cette étude pourrait contribuer au corpus des sciences sociales sur le sujet des JIFO. De plus, le savoir des JIFO permettra de mettre en avant les apports de cette recherche aux connaissances de la discipline du travail social auprès des JIFO et permettrait de stimuler plus amplement des recherches visant à combattre l'exclusion sociale de populations marginalisées (René et Dubé, 2014).

Deuxièmement, la découverte de la RS chez les JIFO par rapport aux services de santé mentale pourrait guider les politiques et les pratiques sociales liées à l'accès et à l'utilisation de ces services pour cette population. En particulier, nous espérons que cette recherche pourra informer les stratégies pour le soutien et pour l'accompagnement social des jeunes francophones issus de la migration et offrir des pistes d'intervention professionnelles concrètes. En effet, les apports de cette étude pourraient se traduire par l'adoption d'interventions professionnelles qui répondent aux besoins des usagers provenant de diverses cultures. Dans ce sens, l'introduction de l'intervention interculturelle (Vatz Laaroussi et coll., 2002b) permet aux interventions en santé mentale d'être plus « sensibles » et de mieux répondre aux besoins des JIFO.

En outre, si les intervenants professionnels avaient une meilleure connaissance des représentations sociales des JIFO, cela pourrait créer des possibilités d'intégrer les connaissances que détiennent les JIFO par rapport aux services des santé mentales durant les interventions professionnelles. Cette étude pourrait non seulement guider la sollicitation des JIFO vers les services de santé mentale, mais aussi avec les mesures d'accompagnement social tout en intégrant les connaissances des JIFO dans l'espoir d'optimiser les stratégies de la prise en charge des usagers JIFO et d'éviter des obstacles de compréhension.

Nous espérons que notre discussion de la RS des services de santé mentale chez les JIFO pourrait encourager une compréhension mutuelle pour ensuite encourager davantage la collaboration entre les intervenants professionnels et les JIFO et ce afin d'accroître leur inclusion dans les communautés. La mise à la disposition de meilleures connaissances relatives à la RS des services de santé mentale pourrait préparer le terrain pour des stratégies d'interventions professionnelles du « Collaborative Care Model » (de soins collaboratifs) de Nadeau et Measham (2005). Ce modèle met l'accent sur la participation des usagers dans la prise de décision pour « ...renforcer les soins de santé mentale aux enfants immigrants et réfugiés, et à leurs familles » (p. 73) en assurant que les systèmes des soins sont optimaux pour les JIFO.

Cette recherche est d'autant plus pertinente dans le contexte de la pandémie COVID-19. Des études préliminaires révèlent que l'impact sur les populations immigrantes et les groupes marginalisés est plus prononcé durant les périodes pandémiques (Gouvernement du Canada, 2020). Il est donc encore plus crucial d'apprendre des JIFO et de leur RS pour améliorer l'accès aux services de santé mentale durant cette période éprouvante.

Les apports de cette recherche renforcent la logique de la pensée dualiste du champ d'étude des services sociaux et du travail social, de la combinaison entre la pratique et la recherche, pour

« améliorer cette action afin d'offrir une aide adéquate, efficace et utile » (Parent et Saint-Jacques, 1999, p. 81).

Dans le chapitre suivant, nous allons présenter notre devis méthodologique qualitatif pour découvrir comment accéder au contenu des représentations sociales des services de santé mentale chez les JIFO.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous articulons la démarche méthodologique entamée dans le cadre de cette étude pour répondre à notre question de recherche. À cette fin, nous présentons notre méthodologie de recherche qui a été choisie pour explorer la RS des services de santé mentale chez les JIFO. Notre stratégie de recherche sélectionnée comme outil de collection des données qualitatives : l'entrevue semi-dirigée. Ensuite, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage : un échantillon non probabiliste volontaire. Puis, nous avons entamé l'analyse de contenu pour découvrir le discours des JIFO et leurs RS des services de santé mentale. Finalement, nous avons mis en lumière les limites et les enjeux éthiques de cette recherche.

3.1 La méthodologie qualitative

La méthodologie qualitative est la démarche que nous avons privilégiée pour mener cette recherche auprès des JIFO afin de découvrir leur RS des services de santé mentale. En tenant compte de notre objet et de notre question de recherche, le devis qualitatif nous a permis d'approfondir et d'explorer ce phénomène plutôt que d'offrir des explications (Grenon et coll., 2013). Le devis qualitatif nous a permis de prendre en compte la perspective des JIFO, « ...avoir d'autres yeux, de voir l'univers à travers les yeux d'un autre... » (Proust, 1947, p. 109). Elle nous a permis d'interpréter l'essence de la construction sociale de phénomènes qui peuvent sembler anodins, imprévus et complexes (René et Dubé, 2014), tout en restant fidèle à la nature du phénomène étudié (Matza, 1969). L'approche qualitative nous a permis de considérer le point de vue des personnes qui vivent la réalité et de souligner la singularité de leurs savoirs. En somme,

un devis qualitatif a été privilégié pour permettre de capter ces connaissances, pour encadrer l'objet des services de santé mentale selon les jeunes immigrants francophones minoritaires à Ottawa.

De plus, la démarche que nous avons adoptée est inductive, inspirée de la théorisation ancrée, « Grounded Theory » (Novo et Woestelandt, 2017). Le but de cette démarche est de faire émerger les éléments notamment du terrain pour générer une théorisation *a posteriori* (d'Arripe et coll., 2014). C'est « ...une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène » (Paillé, 1996, p. 184). Ce devis qualitatif est pertinent dans l'étude des RS des services de santé mentale chez les JIFO, car il nous a donné la marge de manœuvre nécessaire pour pénétrer des contextes et des phénomènes sociaux délicats et difficilement saisissables (Paillé et Mucchielli, 2012; Westhues et coll., 1999). En effet, la nature dynamique et furtive du phénomène étudié nécessite une méthodologie qui reflète cette réalité du terrain (Jodelet, 1984). Relié à l'approche sociogénétique (Jodelet, 1989b; Kalampalikis et Apostolidis, 2016), pour entreprendre la collecte de données complexes, nous avons choisi l'outil de recherche de l'entrevue semi-dirigée.

3.2 Outil de collection des données qualitatives : l'entrevue semi-dirigée

La collecte de données qualitatives a été accomplie grâce à l'outil de l'entrevue semi-dirigée. Selon Jodelet (1989a) et Kalampalikis et Apostolidis (2016), l'outil de l'entrevue semi-dirigée se prête bien à l'étude de sujets multidimensionnels. La recherche avec l'entrevue est favorisée, car elle permet l'agrégation du contenu qualitatif et résiste aux tendances réductrices des phénomènes complexes, dépourvus de signification (Paillé, 2017).

En outre, l'entrevue semi-dirigée a été favorisée en raison de sa pertinence comme outil de recherche pour faire ressortir le discours des participants contenant la RS (Negura, 2006). L'entrevue semi-dirigée est un outil d'enquête qualitative qui facilite la production des discours des participants interrogés à propos d'un sujet par le biais de questions préparées et notées dans un guide d'entrevue semi-dirigée (Blanchet et Gotman, 2007). Cet outil de recherche est mieux adapté pour répondre à notre question de recherche. En effet, il permet d'accéder aux réflexions pertinentes et de prendre conscience de l'univers mental des participants normalement inaccessible par l'observation directe, sans pour autant présumer que ces participants peuvent communiquer, de manière aisée et précise, leurs perspectives et leurs attitudes (Babbie, 2004). L'entrevue semi-dirigée permet de saisir les gestes, les opérations et les perceptions de l'individu pour faire ressortir le plus d'informations détaillées possible par rapport à l'objet de recherche.

Sur le plan méthodologique, l'entrevue semi-dirigée peut être employée comme une technique de collecte de données qualitatives (Paillé et Mucchielli, 2012). De toute évidence, cet outil de recherche permet une grande liberté d'expression des discours des participants et de protéger leurs perspectives en étant prudent par rapport aux présomptions et aux filtres de la part du chercheur (Babbie, 2004).

De plus, l'entrevue semi-dirigée s'est déjà révélée pertinente pour faire ressortir la RS (Abric, 1994). Cet outil de recherche se repose sur le principe que les connaissances des individus ne sont pas exclusivement atteignables par un devis d'observation ethnographique. En fait, la découverte des connaissances est plutôt le résultat de fortes interactions entre le chercheur et le participant, soutenues par le développement d'un lien de confiance, le respect de la vie privée, la transparence des intentions et la confidentialité des discours (Boutin, 2018). Cet outil de recherche

est donc un outil pertinent pour faire ressortir la RS et saisir la réalité comme le décrivent les participants.

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé d'abord un guide d'entrevue semi-dirigée (annexe B) approuvé par le comité d'éthique de l'université d'Ottawa. Notre guide d'entrevue a suivi la démarche inductive comme présentée par d'Arripe et collaborateurs (2014) et contenait des questions de types ouvertes. Le guide d'entrevue a été adapté pour les participants, en visant notre objectif de recherche. Les thèmes à explorer ont porté directement sur la question de recherche. Au préalable, les questions ont été adaptées à l'aide de consultations auprès d'experts du domaine de la santé mentale chez les jeunes migrants francophones.

Lors des entrevues semi-dirigées, nous avons présupposé une posture de curiosité plutôt qu'une posture sceptique (Paillé, 2007) pour nous conformer à la nature exploratoire qui guide cette étude. Nous avons également fait appel à l'écoute active et à la répétition de questions, au reflet et à l'intégration du langage du participant dans les questions posées. Ainsi nous avons créé un contexte d'entrevue semi-dirigée qui permettait aux participants de prendre le temps pour réfléchir à leurs propos. Les questions ont été posées selon le rythme et l'évolution de la conversation, mais encore selon les réactions des participants afin de créer une ambiance aisée pour les participants (Nils et Rimé, 2003). Les entrevues semi-dirigées ont duré entre 30-60 minutes selon la disponibilité de chaque participant. Cette durée a permis aux participants de dégager leurs perspectives sur les thèmes du guide d'entrevue, sans imposer de restriction de la part du chercheur.

Par ailleurs, pour des raisons de sécurité et de distanciation sociale durant la pandémie COVID-19, nous avons dû adapter notre façon de collecter les données qualitatives et de remplacer

les entrevues semi-dirigées face à face qui étaient planifiées. Ainsi, les entrevues semi-dirigées ont été effectuées par vidéotéléphone en ligne de type Zoom, WhatsApp, Skype, etc., choisi exclusivement par le participant.

3.3 Stratégie d'échantillonnage

Dans le contexte de notre recherche, on ne peut étudier la RS des services de santé mentale chez les JIFO sans tenir compte des témoignages de cette population. L'échantillon de participants comporte les critères spécifiques suivants dans le but d'explorer les représentations connexes (Babbie, 2004). Cette étape a été guidée par les critères d'inclusion et d'exclusion (*tableau 1*).

Tableau 1 Critères de sélection

Critères de sélection	
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Être arrivé au Canada moins de 5 ans, une durée adoptée en vue de couvrir un éventail d'expériences de parcours migratoires des participants (Gakobwa, 2018) • Être un migrant de 1^{ère} génération • Être une personne âgée entre 16 et 25 ans • Être en mesure de communiquer en français de manière autonome (sans interprète et traducteur) • Demeurer présentement dans la région d'Ottawa - Gatineau

	<ul style="list-style-type: none"> • Être un usager de services communautaires
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître personnellement ou professionnellement la personne menant cette recherche

Notre choix d'échantillonnage a été inspiré par la méthode de l'entrevue semi-dirigée avec un échantillon non probabiliste volontaire (Pires, 1997). Cette stratégie suppose que les caractéristiques recherchées existent à l'intérieur de la population ciblée et laissent les participants s'autosélectionner. Afin d'explorer la pensée sociale des jeunes immigrants francophones d'Ottawa, nous avons choisi d'inclure des critères d'inclusion visant le recrutement de jeunes (16 à 25), francophones (langue d'expression est le français), ayant vécu une migration récente (moins de 5 ans) et vivant dans la région d'Ottawa – Gatineau. Nous avons également visé une sélection de participants ayant une diversité de savoir et d'expériences ou non avec les services de santé mentale. C'est pour cette raison que nous n'avons pas spécifié ce critère dans le processus de sélection pour cette étude.

Pour assurer le recrutement de participants qui conformaient à nos critères de sélections, nous avons choisi de recruter des usagers de services parmi quatre organismes qui travaillent avec des jeunes ayant les caractéristiques de nos critères d'inclusion.

Cependant, il se peut que certains biais puissent émerger du fait que les participants partagent des traits particuliers (p.ex. personnes moins timides). Dans ce cas, nous avons opté pour une stratégie par choix raisonné au besoin, recommandée par Pires (1997).

3.4 Recrutement des participants

Afin d'explorer la RS des services de santé mentale chez les JIFO, nous avons donc sélectionné des jeunes francophones issues de la migration récente. Les participants ont été recrutés parmi quatre organismes communautaires et spécifiquement à travers des programmes qui visent les jeunes nouveaux arrivants. Les organismes ciblés⁷ étaient : « Ottawa Community Immigrant Services Organisations » (OCISO), Le Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa (BSJ), le Centre catholique pour immigrants (CCI) et le Centre des services communautaires Vanier (CSCV), spécifiquement le programme Franc Succès.

Processus de recrutement

Nous avons procédé au recrutement en utilisant la communication par distance, exclusivement par courriel pour se conformer aux règles et aux directives de la santé publique en raison de la pandémie. Nous avons envoyé par courriel une affiche de recrutement, une lettre d'invitation numérisée et destinées aux administrateurs des organismes communautaires afin qu'ils puissent solliciter des participants potentiels. Ensuite, les administrateurs de ces organismes communautaires ont fait circuler ces deux documents par courriel parmi leurs usagers ou les ont

⁷ Lieux de recrutements :

- « Ottawa Community Immigrant Services Organisations » - <https://ociso.org/>
- Le Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa - <https://www.ysb.ca/fr/>
- Franc Succès - programme du CSCV
http://www.viefrancaise capitale.ca/espace/le_programme_franc_succes-fra
- Centre catholique pour immigrants - <http://cciottawa.ca/fr/>

affichés sur leurs sites web. Aucune affiche n'a été imprimée ni distribuée afin d'éviter tout contact physique entre le chercheur et les participants.

Suivant notre phase de recrutement et d'entrevues semi-dirigées avec les participants sélectionnés, nous avons effectué une analyse thématique de contenu. Notre méthode d'analyse des données sera expliquée dans le prochain volet de notre méthodologie.

3.5 Méthode d'analyse des données

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi l'analyse de contenu des données primaires, extraites des discours des entrevues. Selon Negura (2006), la technique de l'analyse du contenu est de « rendre le matériel recueilli par cette méthode lisible, compréhensible et capable de nous apporter des informations sur la dynamique d'une représentation sociale » (p.1). Elle nous permet de prendre en compte des composantes de la RS comme nous l'avons définie : un groupement de savoirs, de croyances, d'opinions et d'attitudes socialement élaborés dans un groupe (Moscovici, 1989).

Selon une méthodologie inspirée de la théorisation ancrée, le chercheur peut interpréter les données cueillies pour ensuite attribuer un sens (Bardin, 2013). Nous avons procédé en adoptant une démarche de thématisation pour analyser le contenu des entrevues afin de formuler une première analyse. À cet effet, la transcription des verbatims a été effectuée sur Word, analysée thématiquement sur *NVIVO 12* en trois étapes.

Tout d'abord, nous avons effectué une lecture flottante de l'ensemble des données des transcriptions. Les observations initiales nous ont permis d'orienter la recherche (Bardin, 2013).

Puis, nous avons effectué une classification et un codage des segments liés au sujet étudié (Paillé et Mucchielli, 2012). Le découpage des verbatims des entrevues a été catégorisé en fonction des thèmes évoqués par les questions du guide d'entrevue et non par le « ...nombre de fois qu'un mot ou qu'une proposition apparaissent dans les données » (1996, p. 184).

Ensuite, nous avons attribué des thèmes et puis des sous-catégories de ces thèmes. Cette démarche suit la recommandation de Bardin (2013) : respecter la notion d'exclusion mutuelle, d'homogénéité et de cohérence de la catégorisation. L'analyse de contenu nous a servi à approfondir davantage le dialogue et les échanges des entrevues entre le chercheur et les participants. La codification a ainsi permis de tracer un portrait global de la RS des services de santé mentale chez les JIFO.

3.6 Considérations éthiques

Les devis qualitatifs sont structurés dans un rapport de proximité entre le chercheur et le participant (Caratini, 2012). Les chercheurs doivent donc faire preuve de souplesse et de jugement lors de l'interaction avec les participants et lors de l'analyse des données. Pour préserver l'intégrité de cette recherche, nous avons respecté les conditions annoncées par Van der Maren (2003) : l'obtention du consentement des participants, la protection de la vie privée, et la confidentialité des participants.

Dans notre démarche, nous avons d'abord obtenu le consentement éclairé des participants à l'aide d'un formulaire numérisé. Nous avons ensuite expliqué la nature volontaire de la participation, l'objectif de la recherche, les attentes, les risques et les bienfaits liés à la participation, et finalement, les modalités de confidentialité. Nous nous sommes assurés que les

participants aient bien compris les instructions avant de commencer l'entrevue. Finalement, nous avons remis une copie du formulaire numérisée et signée aux participants et nous avons gardé une copie du formulaire comme preuve.

En outre, il était important de rester fidèles aux connaissances des participants à travers le processus de l'analyse des données. En effet, l'intention de notre étude était de donner une voix aux populations souvent marginalisées pour mieux appréhender les représentations sociales qui influencent leurs relations avec les services de santé mentale. Sur le plan épistémologique et éthique, cette méthode d'exploration considère les participants comme experts de leurs expériences (Baribeau et Royer, 2012). Dans la discipline du travail social, il est avantageux de rester fidèles aux témoignages des participants, car, cela « ...permet au chercheur de se placer dans un mouvement social d'émancipation » (Vatz-Laaroussi, 2007, p. 11).

Pour établir une atmosphère aisée pour les jeunes participants, nous avons créé un espace virtuel accueillant, respectueux et de non-jugement en échangeant des paroles chaleureuses d'encouragement afin de s'assurer que les participants se sentaient écoutés, valorisés et que leurs idées étaient considérées comme valides.

De plus, la communication dans le contexte interculturel soulève d'autres considérations éthiques. Pour éviter des « ...obstacles à la compréhension et à la reconnaissance des différences » interculturelles (Cohen-Emerique, 2015, p. 15), nous avons fait un exercice de prise de conscience de notre cadre de référence social à l'aide de la technique élaborée par Cohen-Émerique (1993, p. 80). Dans cette activité, nous avons noté que le chercheur était un : étudiant, chercheur, adulte, blanc et non issu d'immigration. À cet effet, nous nous sommes distancés des prédispositions à réduire les perceptions des participants en fonction de leurs cultures et nous nous sommes encouragés à tenir compte des singularités de chaque participant. Pour conclure, lors des

entrevues, nous avons mis en application les notions et les termes utilisés dans le guide de travail interculturel (Vatz Laaroussi et coll., 2002) et ce afin d'améliorer la communication interculturelle entre le chercheur et les participants.

3.7 Limites

Malgré nos efforts à suivre une méthodologie rigoureuse, nous nous sommes heurtés à certaines limites méthodologiques. Compte tenu des restrictions sociales de la santé publique pour lutter contre la pandémie COVID-19, le recrutement a été compliqué en raison de la fermeture des organismes communautaires désignés pour le recrutement et de nombreux bouleversements organisationnels. En conséquence, nous avons dû resoumettre notre demande d'éthique et attendre pour qu'une modification du certificat d'éthique soit approuvée. Cela a repoussé le processus de recrutement. À cet effet, il était difficile de recruter les huit participants voulus. Nous avons donc dû réduire le nombre à quatre participants. Néanmoins, le devis qualitatif est producteur de « petites preuves » (René et Dubé, 2014, p. 247); il n'est pas adapté à la généralisation. Notre but ne visait pas la généralisation des résultats. Au lieu, nous avons préconisé des fins exploratoires.

En outre, la pandémie nous a forcés d'effectuer les entrevues semi-dirigées par vidéotéléphone limitant et réduisant les échanges verbaux. La participation par vidéotéléphone enlève le choix du lieu pour effectuer les entrevues. En fait, 3 des 4 participants ont participé à l'entrevue dans leur foyer familial. En conséquence, ils étaient entourés des membres de leur famille. Il se peut que certains participants aient été distraits ou influencés par la proximité avec d'autres personnes. Seul, un participant du groupe a participé à l'entrevue alors qu'il était dans un

endroit privé. Il se peut que les conditions de proximité avec d'autres personnes aient influencé le dialogue le rendant plus ou moins riche et approfondi selon les thèmes du guide d'entrevue.

De plus, la clarté de communication par vidéotéléphone en ligne dépendait nécessairement de la qualité du réseau de l'Internet entre le chercheur et le participant. Malheureusement, les connexions d'Internet étaient de qualité moindre pour trois des quatre entrevues. Souvent, les discussions étaient interrompues par la perte momentanée de connexion du lien d'Internet. Cette carence de communication virtuelle a possiblement eu une incidence sur notre capacité de profiter de toutes les paroles échangées entre le chercheur et le participant.

Malgré les bouleversements liés à la pandémie, nous avons pu maintenir une communication continue avec les organismes communautaires. De plus, nous avons pu persister avec notre plan de recruter en nous adaptant aux circonstances. Malgré les défis, relever le problème de connexions d'Internet, nous avons pu développer des rapports avec quatre participants et nous avons eu l'occasion d'écouter leurs perspectives sur les services de santé mentale.

Le chapitre suivant va traiter de l'analyse des données qualitatives et montrer leur pertinence pour l'objet et la question de recherche.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats des entrevues réalisées auprès des jeunes immigrants francophones d'Ottawa. Ces résultats nous aident à répondre à notre question de recherche et à découvrir la RS des services de santé mentale chez les JIFO. De plus, ils nous aident à susciter une réflexion, non seulement en ce qui a trait aux enjeux reliés à l'accès, mais aussi au contexte où s'organisent les RS et les comportements par rapport à l'accès et à l'utilisation des services. Les résultats nous servent comme base pour ensuite lancer une discussion sur la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO. C'est également sur cette base que nous proposons des pistes d'amélioration et des orientations pour les professionnels de la santé et des services sociaux qui interviennent auprès des JIFO dans le but de débusquer les obstacles d'accès et d'utilisation des services de santé mentale.

Pour présenter les résultats, ce chapitre se divise en trois sections. La première section présente le profil démographique des participants. La deuxième section traite des éléments de la représentation sociale des services de santé mentale selon les JIFO. Nous présentons les thèmes en fonction de leur apparition et de leur pertinence lors des entrevues semi-dirigées. Dans la troisième section, nous offrons une conclusion préliminaire.

4.1 Portrait des participants

4.1.1 La sélection des participants

Quatre participants (n = 4) âgés de 16 à 22 ans résidant à Ottawa ont partagé leurs perspectives à cette étude. Trois des participants étaient des adolescents, alors qu'un était dans sa

vingtaine. De ces participants, deux se sont identifiés comme étant hommes et deux comme femmes. La sélection des participants à adhérer aux critères d'inclusion a été présentée dans le chapitre de la méthodologie. Tous les jeunes participants étaient membres d'organismes communautaires accompagnant les nouveaux arrivants dans leur intégration. Au moment de la rédaction de ce mémoire, deux des participants étaient installés au Canada depuis moins de trois ans et deux autres moins d'un an. Tous les participants ont identifié leur pays d'origine sur le continent de l'Afrique (un du Burundi et trois de la République démocratique du Congo). Parmi les participants, trois participants étaient des étudiants au secondaire et le quatrième était un étudiant collégial.

Tableau 2 : Les Participants

Participant (n=4) (Noms fictifs)	Âge	Genre (identifié selon le participant)	Pays d'origine	Temps passé au Canada	Occupation	Expériences comme usagers de services de santé mentale (depuis l'arrivée au Canada)
Gloria	16	F	République démocratique du Congo	8 mois	Étudiante secondaire	Non
Mireille	17	F	République démocratique du Congo	2 ans, 8 mois	Étudiante secondaire	Non

Mamadou	19	M	République démocratique du Congo	2 ans, 8 mois	Étudiant au secondaire	Non
Didier	22	M	Burundi	1 an, 8 mois	Étudiant collégial (en congé) et travail (en congé raison de la Covid-19)	Oui

4.1.2 Caractéristiques des participants

Participant (1), Nom fictif : « Gloria » a 16 ans et est étudiante au secondaire dans une école francophone à Ottawa. Elle participe à l'école par téléconférence en raison des restrictions imposées par la pandémie de la Covid-19. Elle a quitté la République démocratique du Congo avec sa famille il y a 8 mois. En plus de l'école, elle participe depuis son arrivée en 2019, à un programme d'établissement et d'adaptation pour les nouveaux arrivants francophones. Le programme a lieu une fois par semaine après leurs heures de classe dans son école. Elle participe à ce programme avec d'autres camarades d'école qui ont vécu des parcours de migrations récentes. Elle réside à Ottawa avec ses parents et ses frères. Un de ses frères, l'ainé Mamadou, est aussi un participant sélectionné pour cette recherche.

Participant (2), Nom fictif : « Mireille » est une étudiante de 17 ans en 11^e année. Elle a quitté la République démocratique du Congo il y a 2 ans et 8 mois. Elle réside maintenant à Ottawa avec sa famille où elle poursuit ses études par téléconférence en raison de la pandémie. Durant l'entrevue, Mireille a posé plusieurs questions sur le but de cette recherche, sur le domaine de la santé mentale ainsi que sur le parcours suivi pour mettre en place cette recherche.

Participant (3), Nom fictif : « Mamadou » a 19 ans et vient aussi de la République démocratique du Congo. Il habite au Canada avec sa famille depuis 8 mois. Il est un étudiant en 12^e années dans une école secondaire à Ottawa. Au moment de cette étude, Mamadou, complète les crédits dont il a besoin pour obtenir un diplôme. Il poursuit ses études par téléconférence en raison de la pandémie. Il fait partie du même programme d'établissement et d'adaptation francophone que Gloria. Mamadou veut s'orienter vers une carrière de travail en santé pour aider spécifiquement les nouveaux arrivants. D'ailleurs, il a aussi posé plusieurs questions sur le sujet du domaine de la santé mentale et de la recherche lors de l'entrevue. Il a également exprimé qu'il a trouvé le besoin d'aider ses amis dans leur santé mentale.

Participant (4), Nom fictif : « Didier » a 22 ans et il a immigré seul au Canada du Burundi. Depuis son arrivée il y a 20 mois, il s'est inscrit à des cours de rattrapage de niveau universitaire. Ses crédits obtenus au Burundi n'étaient pas qualifiés pour être transférés aux universités canadiennes. Il a pris un congé de ses études lorsqu'il a vécu une « brève psychose ». Il a aussi dû prendre congé de son travail en raison de la pandémie. Au temps de l'entrevue, Didier est « sur le chemin de se rétablir » après sa psychose et il continue d'être suivi par des travailleurs sociaux en santé mentale. Il désire retourner aux études pour obtenir une accréditation comme étudiant régulier à l'université d'Ottawa. Didier a participé à un programme d'établissement et d'adaptation pour nouveaux arrivants.

4.2 La représentation sociale des services de santé mentale selon les JIFO

Nous allons maintenant présenter les résultats de nos entrevues semi-dirigées pour mettre en évidence la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO. Cette étude

cherche à susciter une réflexion des enjeux reliés à l'accès, mais aussi au contexte où s'organisent les images et les comportements par rapport à l'utilisation des services de santé mentale. Grâce à l'intégration de l'approche sociogénétique (Jodelet, 1989a) nous avons dégagé des extraits des discours, soulignant les éléments communs des discours des participants. Plusieurs sous-thèmes ont découlé de l'analyse du contenu. Dans les prochains paragraphes, nous décomposerons les thèmes qui balisent la notion commune des services de santé mentale.

Un premier thème dégagé de l'analyse du contenu est que les services de santé mentale représentent une forme d'aide. Ce thème est en outre caractérisé par plusieurs sous-thèmes répartis parmi les discours verbalisés par les participants. Chacun explique la nature de cette aide : la demande d'aide est processus, parfois l'aide est 'imposée' et l'aide est également envisagée en forme de relation d'aide avec des intervenants professionnels.

4.2.1 « [U]n service de la santé mentale c'est pour aider les gens »

D'abord dans ce volet, nous discuterons des thèmes et des sous-thèmes qui découlent des discours des JIFO à propos des services de santé mentale. Tous les participants, Didier, Gloria, Mamadou et Mireille s'inscrivent dans une logique où les services de santé mentale aident les personnes. C'est d'ailleurs le premier thème dégagé des entrevues. Ce thème est appuyé par des extraits des discours. Gloria dit que : « ...un service de la santé mentale c'est pour aider les gens d'abord avec leur santé mentale donc mentalement [...], de faire face aux difficultés de la vie... » (mai 2020). Les autres participants, Didier, Mireille et Mamadou, affirment que la notion des services de santé est une forme d'aide. Mireille explique que les services aident : « ...ça aide les gens à gérer leur santé mentale genre, ça aide les gens à peut-être... je peux dire que la santé mentale peut venir de beaucoup de façon genre de stress et tout. Puis les services de santé mentale

ça aide aux gens de gérer leur stress » (mai 2020). Selon Mireille, les services de santé mentale aident les personnes, entre autres, à faire face aux problèmes du stress.

Mamadou, nous offre une vision globale du rôle de ces services : « ...c'est un service mis à la disposition de tous qu'on puisse avoir des problèmes ou pas, il est là pour nous, pour notre bien-être et pour, notre évolution, notre progression, dans notre vie et pour la progression dans notre vie » (mai 2020). Selon ce dernier participant, ces services fournissent de l'appui non seulement pour aider les personnes à faire face aux problèmes de la vie, mais aussi lorsqu'aucun danger n'est perçu. Gloria et les autres participants croient que les services peuvent les aider à promouvoir la santé mentale et le bien-être : « ...un service de la santé mentale c'est pour aider les gens d'abord avec leur santé mentale donc mentalement pour la capacité de leur bien-être... dans leur vie » (Gloria, mai 2020). Aussi, cette aide de ces services est non seulement une aide pour le bien-être, mais, autant pour permettre aux personnes d'atteindre leur potentiel personnel : « les services de santé mentale les aident à délibérer [...]ça permet quelqu'un de réaliser son potentiel » (Mireille, mai 2020). Cette perspective est d'ailleurs présente dans les discours d'autres participants.

Tous les participants partagent l'idée que les services de santé mentale sont une forme d'aide multidimensionnelle. Selon les participants, l'aide provenant de ces services est pour affronter les problèmes de santé mentale, pour promouvoir le bien-être et pour s'épanouir, grandir et réaliser leur potentiel personnel.

Selon les participants, l'utilisation et l'accès aux services de santé mentale représentent aussi un processus qui caractérise davantage la pensée des participants par rapport à l'objet des services. D'abord, ils conceptualisent l'aide par une image d'une relation d'aide qui est établie. Ils

supposent que l'accès aux services de santé mentale passe par deux processus : l'aide est soit demandée par les usagers ou soit initiée par les intervenants professionnels.

4.2.2 L'aide est soit demandée soit initiée par les intervenants professionnels

Bien qu'un seul participant ait utilisé des services de santé mentale, les trois autres participants se représentent les services de santé mentale par la notion de processus. Deux processus découlent de l'analyse du discours des participants, l'aide est demandée et l'aide est initiée par les services de santé mentale. De plus, les discours des participants comprennent une autre caractéristique qui est intégrale à ces deux processus. La demande de l'aide est un processus qui englobe le développement de relations d'aide avec les intervenants professionnels offrant des services de santé mentale.

4.2.2.1 « Par sa propre volonté [...], il peut utiliser les services de santé mentale »

La représentation sociale de services de santé mentale comporte un processus de la demande d'aide. Ce processus comprend quatre dimensions. Premièrement, la demande d'aide est initiée par les usagers. Deuxièmement, la demande d'aide est soutenue par la manière dont les participants conceptualisent la santé mentale. Troisièmement, la demande d'aide est liée à la façon dont les participants pensent aux problèmes de santé mentale. Finalement, ensemble, ces trois réflexions représentent la justification d'obtenir une demande d'aide.

Le processus d'être aidé, initié par les usagers

Selon les participants, le processus d'être aidé commence lorsqu'une personne décide de demander d'obtenir de l'aide. Mireille (mai 2020) explique que c'est la personne qui souffre émotionnellement qui doit volontairement rechercher de l'aide. Elle mentionne que: « ...une personne peut utiliser les services de santé mentale euh si euh... cette personne voit qu'il y a du trouble dans certaines choses... qu'il veut euh, il veut, même par sa propre volonté, genre, avoir de l'aide... avec ces troubles et tout, il peut utiliser les services de santé mentale » (mai 2020). L'aide peut être donc initiée par la personne souffrant d'un trouble émotionnel et recherchant volontairement une aide professionnelle sous forme de services de santé mentale.

De plus, Mamadou explique les raisons dont une personne déciderait de demander de l'aide des services de santé mentale :

Les services de santé mentale sont bien placés pour comprendre ce que nous allons leur dire comme problèmes et qu'ils ont essayé d'analyser par rapport aux études qu'ils ont suivies et qui sont qui est du domaine. Ce n'est pas n'importe qui iront, on peut trouver de l'appui puis on demande des conseils par rapport aux nos problèmes et tout ça. Parce qu'on ne sait jamais, parce que ce n'est pas tout le monde qui veut l'appui des autres. Donc, on doit toujours, je dirais c'est mieux, qu'on doit toujours contacter les gens des services de santé mentale, non seulement parce qu'on a des problèmes, mais juste pour eu parler, faire des échanges de genre parler, partager et tout ça (mai 2020).

Cet extrait nous aide à comprendre que, premièrement, les services de santé mentale sont vus comme une source d'appui pour régler leurs problèmes de santé mentale. Mireille partage également ce point de vue.

Une personne peut utiliser les services de santé mentale euh si euh... cette personne voit qu'il y a du trouble dans certaine chose... que il veut euh, il veut, même par sa propre volonté, genre, avoir de l'aide... avec ces troubles et tout, il peut utiliser les services de santé mentale (mai 2020).

Deuxièmement, les extraits de Mireille et Mamadou nous informent des raisons fondamentales qui motivent les participants à faire une demande pour obtenir de l'aide. Pour ces participants, la recherche pour de l'appui est motivée par un désir de bénéficier de l'expertise et des pratiques offertes par les intervenants professionnels dans le but de les aider à gérer les problèmes de santé mentale et de maintenir la santé mentale.

La demande d'aide est suivie par un processus d'utiliser ces services. Selon tous les participants, le processus d'être aidé continue lorsque les intervenants professionnels évaluent et déterminent « les causes » des problèmes. Didier (mai 2020) précise que rendu à cette étape : « [l]e rôle de ces docteurs-là c'est de savoir les causes, c'est de pouvoir déterminer, apprendre les causes. Faire les tests nécessaires. Faires tout ce qui est nécessaire pour connaitre ce qui, ce qui t'a mis dans cet état-là. » Pour un autre participant, l'évaluation, une autre étape du processus, est accomplie non pas par les travailleurs sociaux ou autre professionnel de la santé, mais par le personnel administratif d'école. Selon, Mamadou :

Quand un élève a un problème qui le concerne et qu'il veut avoir de l'aide, il doit d'abord aller visiter la directrice ou le directeur de l'école, l'en parler, exposer son problème de santé mentale et maintenant euh le directeur ou la directrice à son tour il va analyser le problème de l'élève et il va de leur faire comprendre de ce qu'il faut faire et qu'est-ce qu'il ne faut pas faire pour être bien dans sa vie (mai 2020).

Dans le discours de Mamadou, le personnel d'école analyse le problème et contemple des stratégies d'interventions professionnelles pour tenter d'offrir de l'aide aux élèves souffrant d'un trouble émotionnel.

À la suite de la demande d'aide, les participants précisent le type d'avantages dont ils pourront bénéficier de l'utilisation des services de santé mentale et de l'appui professionnel. Selon les participants, les intervenants professionnels fournissent des conseils, des pistes d'orientations et des formes de soutien et d'aiguillage. Didier explique : « ...ton médecin ...c'est lui qui va te donner des... t'indiquer où il faut aller toquer sur la porte » (Didier, mai 2020). Dans son exemple, Mamadou indique comment un conseiller de santé mentale peut d'aider :

Le conseiller du genre, parler aux gens, faire comprendre aux gens comment il faut être, comment gérer nos problèmes, comment avoir d'abord la maîtrise de soi, comment savoir comment dire ou partager nos problèmes aux autres, afin que si ceux qui nous écoute peuvent bien nous produire des conseils, puissent ... euh ... bien nous orienter par rapport à ce qu'on veut par rapport à nos projets (mai 2020).

Mamadou, nous offre un exemple qui précise le contexte du processus de l'intervention, ce qui nous informe de la manière dont les participants se représentent les résultats d'une demande de services de santé mentale. Qu'elle soit faite à travers les conseillers d'école ou les autres intervenants professionnels, la demande d'aide est un processus important qui peut être initié par les JIFO dans le but de recevoir de l'appui, des conseils, des orientations, des informations pour gérer les problèmes de santé mentale et pour maintenir la santé mentale. C'est tout un processus qui dépend de la manière dont les participants considèrent le phénomène de la santé mentale.

La santé mentale est en constant mouvement

Pour les participants, la demande pour obtenir des services de santé mentale est interreliée avec la façon dont ils conceptualisent la santé mentale. Les participants considèrent la santé mentale comme un élément essentiel à la vie. De plus, ils caractérisent la santé mentale comme étant en constant mouvement, pouvant être influencée soit en l'améliorant ou en se pliant à de nombreux obstacles. Tout d'abord, la santé mentale est importante. Didier dit que la santé mentale est vitale pour la vie. Il dit : « [c]'est important parce que la santé mentale parce que le cerveau, le cerveau est, est très... c'est vital pour le fonctionnement de l'humain. » Ainsi, la santé mentale représente une dimension fondamentale de chaque individu.

À plusieurs occasions, les participants appréhendent la santé mentale comme étant un état variable et fluide, influencé par les conditions et les ressources qui sont à la disposition des individus et de leur entourage. Gloria nous informe que la santé mentale est un état de bien-être qui n'est pas statique, mais qui « réagit » selon des conditions qui entourent une personne. Elle dit : « ...la santé mentale c'est comme une réaction. Donc, une réaction des capacités de bien-être d'une personne dans sa vie » (mai 2020). Selon Mamadou (mai 2020), la santé mentale est fluide. De plus, c'est un état qui change selon les conditions, l'environnement et les caractéristiques dont détient un individu. En effet, Mamadou (mai 2020) précise que : « la santé mentale c'est une réalité qu'une personne vit, qu'une personne vit selon ces capacités pour son bien-être. » L'idée que la santé mentale n'est pas statique, mais qui est en fait en constant mouvement, selon les capacités et l'environnement social de chaque individu, est aussi partagée par les autres participants.

En somme, découlant des discours des participants, la santé mentale est comprise comme étant un phénomène qui est en mouvement tendant vers une amélioration ou vers une détérioration.

C'est un point de vue qui remet en question la santé mentale comme étant un concept négatif. Par ailleurs, le mouvement est bidirectionnel et dépend des conditions et des capacités des individus. Dans les discours des participants, les services de santé mentale représentent une aide qui fonctionne pour améliorer l'état de santé mentale de chaque individu. Le sous-thème suivant de santé mentale est les problèmes de santé mentale.

Les problèmes de santé mentale

La demande pour les services de santé mentale est aussi influencée par les idées que se font les participants sur les problèmes à la santé mentale, c'est-à-dire, ce que les participants désignent potentiellement d'avoir des effets néfastes sur la santé mentale. Comme les participants caractérisent la santé mentale comme étant en état de mouvement bidirectionnel : la santé mentale peut être détériorée en raison de facteurs biologiques, émotionnels, psychologiques et cognitifs. Ainsi, le processus de la demande pour des services de santé mentale est ancré dans la notion dont la santé mentale est menacée par des circonstances externes à l'individu.

Les participants nomment plusieurs problèmes de santé mentale. Selon les participants, ils prennent forme d'inaction (« il est paralysé » (Mamadou, mai 2020), « ne peut pas comme avancer » (Mireille, mai 2020) ou « être désorganisés » (Didier, mai 2020), d'excès, « trop réfléchir » (Gloria, mai 2020), de problèmes biologiques « problèmes mentaux bipolaires au niveau des neurones » (Didier, mai 2020), de problèmes cognitifs « troublée dans sa mémoire » et « pas à bien réfléchir » (Gloria, mai 2020), de problèmes émotionnels, « choc émotionnel » (Didier, mai 2020), de problèmes du comportement, « faire de choses comme si tu ne comprends plus » (Gloria, mai

2020) et de stress « basés sur leurs stress » (Mireille, mai 2020). Ainsi, les participants mentionnent de multiples problèmes qui peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale.

La santé mentale dépend de conditions sociales extérieures (sociales) et intérieures telles que des facteurs biologiques, émotionnels, psychologiques et cognitifs. L'enjeu de la santé mentale menacée par ces aspects ci-dessus est important pour comprendre la justification que les participants adoptent pour amorcer une demande de services de santé mentale.

« Si tu as des problèmes de santé mentale, il faut aller voir un médecin, aller à l'hôpital »

La représentation des services de santé mentale chez les JIFO suit une logique circulaire. Nous avons vu que l'objet des services de santé mentale est uniformément représenté par une image d'un aide: « si tu as des problèmes de santé mentale, il faut aller voir un médecin, aller à l'hôpital » (Mamadou, mai 2020). La nature de l'aide est comprise comme étant un processus de demander des services selon la compréhension que se font les participants à l'égard de la santé mentale et du risque des obstacles à cette santé. Ainsi, l'utilisation des services de santé mentale est nécessaire pour préserver et améliorer la santé mentale. Ces réflexions communes justifient le déclenchement de la demande d'aide.

La demande d'aide initiée par les usagers et les sous-thèmes qui la caractérisent est, cependant, un des deux processus que connaissent les participants par rapport aux services de santé mentale.

4.2.2.2 « C'est quelqu'un d'autre qui te connaît mieux »

Les participants se représentent aussi l'objet des services de santé mentale par un processus qui est initié cette fois-ci par les professionnels de la santé eux-mêmes. Contrairement à la demande de services de santé mentale, ce deuxième processus passe par un signalement et une prise en charge imposée par les intervenants professionnels. Dans ce deuxième processus, l'accès à ces services de santé mentale est involontaire. En effet, les participants expliquent que l'aide offerte est une aide qui est amorcée et menée par l'expert professionnel de la santé mentale. Mireille décrit ce processus lorsqu'elle compare la prise en charge de personnes âgées :

[...] j'pourrais dire y'a des vieillards qui peuvent face, prendre en charge d'eux-même, ils d'autres que sont même pas conscient de ce qu'ils font et comment ils agissent parce qu'ils sont peut-être vieux, ils ont peut-être un problème de tête, j'pourrais dire, et on les aide à pouvoir gérer leur calme, leurs façons d'être, c'est ça (Mireille, mai 2020).

Mireille explique le processus d'être aidé lorsque les personnes sont dans l'incapacité de prendre soin d'eux-mêmes ou de susciter une demande pour obtenir de l'aide. Mireille affirme que des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne sont pas conscientes de leurs actions et nécessitent une aide professionnelle extérieure. Dans ce cas, ce sont les services de santé mentale qui commencent le processus d'aide.

De plus, Didier explique que : « ...la thérapie, ça va être comme un déclencheur d'alarmes avant de perdre ton état. » Il continue : « ...toi-même, tu ne peux pas savoir si t'as ces problèmes, c'est quelqu'un d'autre qui te connaît mieux avant cet état. » Selon Didier, les intervenants professionnels au sein des organismes de services de santé mentale ont l'expertise requise pour

déterminer si une personne devrait recourir aux services de santé mentale. Par conséquent, ce sont eux, les professionnels de la santé mentale, qui amorcent la prise en charge.

Une fois que les usagers sont pris en charge professionnellement, Didier nous explique le processus de recevoir de l'aide.

Le processus : il me faut un suivi toutes les deux semaines, ils me demandent comment je prends les médicaments et comment je me sens. Euh, toute auparavant, après avoir conclu que je n'avais pas euh... c'est-à-dire de drogue ou bien de l'alcool, ils me posent des questions : avez-vous des...comme j'ai dit, prêtez oreilles. Mais, ce n'était pas ça la cause. Ils m'ont posé : avez-vous des intentions suicidaires? Avez-vous des intentions suicidaires? Avez-vous peur des caméras? Tout ça. Avez-vous peur des gens? Je leur disais non, moi j'suis bien avec ça. C'est ça la thérapie. Je crois que c'est bon. J'ai pas posé la question : pourquoi vous me posez toutes ces questions? Je pas posé vraiment, je ne sais pourquoi. Mais, en tant qu'un homme euh en repensant cela, quel était le but de ces questions? Je crois c'était pour m... pour connaître ma psychologie, comment je pensais à cet instant-là. Je crois que ça leur aide. Je leurs... je disais, je veux dire c'est leurs façons de faire pour connaître la cause ultime de cet état-là (mai 2020).

Didier décrit le processus de l'aide d'une manière semblable à celui initié par les individus. Les intervenants professionnels leur posent des questions pour connaître leurs situations et s'informent de la nature de leurs préoccupations, avant de poser un traitement ou d'émettre des recommandations. De cette perspective, ce sont les professionnels qui jouent un rôle primordial dans la santé mentale des individus. Les professionnels sont les experts de la santé mentale. Pour illustrer ce positionnement, Didier nous informe que :

Selon mes expériences, la santé mentale c'est quelque chose qui est très grand, que nous les gens dont on n'est pas spécialiste dans la matière, on n'en comprend pas parce que ça peut être dérivé dans plusieurs choses : le fait de ne pas dormir des huit heures, l'abus d'alcool ou bien des drogues. Donc ce sont des choses, toi-même, tu ne peux pas savoir si t'as ces problèmes. C'est quelqu'un d'autre qui te connaît mieux avant cet état, qui va te dire toi t'as des problèmes au niveau de ton cerveau. Parce que je dis t'as changé subitement et ceci c'est ce que j'ai dit auparavant qu'il faut faire la thérapie (Didier, mai 2020).

Dans ce cas, l'utilisateur n'est pas considéré comme l'expert de son parcours de santé. Ce sont les professionnels, eux-mêmes, qui détiennent l'expertise de la santé mentale des usagers.

De plus, Didier démontre que ce processus peut porter à confusion dans le processus d'être aidé : « [j]'ai pas posé la question : pourquoi vous me posez toutes ces questions? Je n'ai pas posé vraiment, je ne sais pourquoi. Mais, en tant qu'un homme euh en repensant cela, quel était le but de ces questions » (Didier, mai 2020). Le processus initié par les intervenants professionnels peut pousser les usagers à poser des questions sur des actions et sur les raisons mêmes de l'intervention professionnelle.

Nous avons vu que l'objet des services de santé mentale est uniformément représenté par une image d'aide. Par ailleurs, les participants perçoivent deux processus pour être aidés par les professionnels des services santé mentale. Le premier processus comprend une aide demandée par les usagers. Le deuxième processus est déclenché lorsque ce sont les experts de santé mentale qui amorcent le processus d'aide. À cet effet, les participants voient l'accès et l'utilisation des services de santé mentale comme une forme d'aide.

Dans le cadre de ces deux processus, les participants conçoivent également la nature de l'aide comme issue d'une relation professionnelle avec les intervenants professionnels.

4.2.3 La relation d'aide

L'utilisation des services de santé mentale est comprise à travers une évolution de la relation d'aide établie, peu importe le processus qui précède le déclenchement de l'aide. Les participants expriment spécifiquement que l'offre de l'aide doit passer par une étape qui comprend une sensibilisation des besoins émotionnels des usagers et le développement d'une relation de confiance avec les intervenants professionnels. Tout d'abord, selon Didier et Mireille, les services de santé mentale représentent une évolution de la relation professionnelle entre les intervenants professionnels et l'utilisateur.

« Au niveau émotionnel... il faut lui prêter oreille »

La sensibilisation du professionnel de la santé aux besoins émotionnels des usagers est une facette essentielle du développement de la relation d'aide. Mireille illustre un exemple qui souligne l'importance de la validation des besoins de la personne aidée par l'intervenant. Elle explique : « on est en rencontre avec la personne... et on essaie un peu de discuter avec cette personne pour savoir qu'est-ce que la personne a besoin? Et qu'est-ce qu'il lui préoccupe le plus? Et qu'est-ce qu'il veut? » (mai 2020) L'extrait du discours démontre que, à travers l'écoute active, les intervenants professionnels valident les sentiments et les pensées de la personne aidée. La validation par les intervenants professionnels comporte un élément important de l'établissement d'une relation d'aide. Didier met en relief l'échange entre l'intervenant et la personne aidée pour

dégager l'importance du rapport émotionnel qui ancre le processus d'être aidé : « le fait [de] t'écouter ça aide à sortir ces mots-là, ces mots lourds, ces mots-là qui te font du mal au cœur. Tu vas parler des choses désagréables » (mai 2020). Il ajoute à l'égard du rôle des intervenants professionnels : « ...au niveau émotionnel, il faut lui prêter oreille [...] en lui donnant des conseils. » Pour ces participants, être aidé représente une consolidation de rapports émotionnels avec les intervenants professionnels des services de santé mentale.

« On peut commencer s'échanger, à avoir du courage de dire nos problèmes aux gens qu'on fréquente »

Pour trois participants, le développement de la relation de confiance représente une caractéristique du processus d'être aidé. Dans un extrait, Mamadou discute du développement de la relation de confiance entre les intervenants professionnels et les immigrants:

C'est aussi la même chose qu'avec des nouveaux arrivants. La confiance ne s'achète pas, mais la confiance se mérite. C'est avec le temps et avec plus, j'peux dire, plus de contact qu'on va se confier, qu'on va faire un échange de confiance et qu'on va bien se connaître. Et avec ça, on peut commencer s'échanger, à avoir du courage de dire nos problèmes aux gens qu'on fréquente [...] (mai, 2020).

Selon le témoignage de Mamadou, le concept des services de santé mentale est caractérisé par l'établissement graduel d'une relation de confiance entre les intervenants professionnels et les migrants. Ce même participant décrit aussi le développement de la relation la confiance de la perspective de l'utilisateur.

C'est une chose qui doit venir de soi et que tu dois avoir le sentiment et le courage parce que ce n'est pas facile de se confier à une personne. Mais, si vous me dites par exemple : bon, le monsieur est là, vous pouvez vous confier à lui, vous pouvez lui exposer vos problèmes et si moi j'ai pas la confiance en vous et que je ne vous vois pas vraiment ou bien je peux dire, je ne vous vois pas vraiment à la date ou je ne vois pas comment je pouvais trouver la solution à mes problèmes en me confier avec vous, je ne sais pas la faire. C'est comme si vous obligez une personne de faire quelque chose contrairement à sa propre volonté ; sans sa volonté, sans son consentement (Mamadou, mai 2020).

Selon Mamadou la relation de confiance est seulement possible lorsque l'utilisateur est exposé à un accueil qui permet de faire ressortir de sentiments nécessaires pour qu'il se fie à quelqu'un d'autre. C'est un sentiment spontané qui fait que l'utilisateur soit confortable à recevoir l'aide.

De plus, la relation est caractérisée par l'image d'une relation amicale. Cet extrait du discours de Mamadou nous montre justement l'approche que devraient prendre les intervenants professionnels pour bien accueillir les JIFO.

[L]orsqu'une personne arrive et qu'il est nouveau [au pays], on doit vraiment totalement du genre l'approcher et avec le temps. C'est comme l'amitié, comme vous le voyez pour la première fois. Vous vous mettiez d'abord : est-ce qu'il a vraiment une tête mon ami? Est-ce qu'il est vraiment... correspondent aux qualités des amis que je pourrais faire? Est-ce qu'il a moins ces qualités-là? [...] C'est avec le temps et lorsqu'on se fréquente plus, on se fréquente trop, on se connaît mieux. C'est par là qu'on peut dire, alors je dis, c'est là mon ami. On ne dit pas que c'est mon ami parce que juste par le sentiment. On dit que c'est mon ami parce que je le connais, il me connaît aussi. [...] La confiance ne s'achète pas, mais la confiance se mérite. C'est avec le temps et avec plus, j'peux dire, plus de contact de contact

et qu'on va se confier...qu'on faire un échange de confiance et qu'on va bien se connaître et avec ça, on peut commencer s'échanger, à avoir du courage de dire nos problèmes à nous aux gens qu'on fréquente.

En concordance avec l'idée centrale dans l'extrait du discours de Mamadou, le développement de la relation d'aide doit suivre une cadence qui convienne aux préférences des nouveaux arrivants. C'est une relation qui est enrichissante et qui est authentique, comme une relation amicale.

En outre, la relation de confiance et la sensibilisation au besoin émotionnel sont deux aspects intégraux au processus d'être aidé. Ainsi, la représentation sociale des participants des services de santé mentale est aussi comprise comme une réalité émotionnelle qui inclut les usagers et les intervenants professionnels et qui évolue à travers le temps. De plus, l'état émotionnel des JIFO semble d'être un élément important pour établir une relation d'aide qui convient pour les JIFO.

4.2.4 Synthèse : la justification de l'utilisation des services de santé mentale

Le fait que la santé mentale soit fluide et susceptible d'être menacée d'avoir des problèmes de santé mentale appuie la justification de la demande de l'aide. Cette logique est témoignée dans les discours de tous les participants. En premier, les participants expliquent que les problèmes de santé mentale sont indésirables. Gloria illustre, à l'aide d'un exemple : « ...une personne qui a des problèmes, des problèmes dans sa vie et puis il s'en va peut-être voir un psychiatre, ouais pour sa santé mentale » et elle veut « se débarrasser d'une chose... ou soit elle veut retourner dans son assiette. » En deuxième, les services de santé mentale fonctionnent pour aider les usagers à se

libérer de cet état indésirable. Mireille (mai 2020) nous présente un exemple relié aux personnes qui vivent un problème de stress : « ils n'auront pas moyens qu'ils puissent se libérer du stress et de genre les services de santé mentale leurs aident à les libérer... » (mai 2020). La logique justifie que l'intervention des services de santé mentale est partagée par tous les participants. Ainsi, selon les participants, les services de santé mentale représentent une forme d'aide avec le but de « se débarrasser » des problèmes de santé mentale qui empirent la santé mentale.

De même, les services de santé mentale sont justifiés non seulement pour aider à « se débarrasser » de problèmes, mais aussi à traiter les problèmes de nature cognitive, biologique, d'excès, d'inaction, comportementale, et émotionnelle. Le discours d'un participant révèle comment les services de santé mentale peuvent aider des personnes qui souffrent émotionnellement : « ...quelqu'un qui a ... qui est sous le choc émotionnel, parce que ça peut être sur l'aspect émotionnel » (Didier, mai 2020). Ce même participant précise la façon que les services aident une personne atteinte du trouble bipolaire. Il énonce : « [t]u peut aider quelqu'un qui a des problèmes en santé mentale juste en lui donnant des médicaments. Dans le cas où il y a des problèmes mentaux bipolaires au niveau des neurones ou juste à la transmission des messages ». De plus, un autre participant annonce que les services de santé mentale secourent les gens avec des problèmes mentaux. Mamadou (mai 2020) dit : « ...un service qui est ... qui est mis pour secourir des gens qui on a des problèmes mentaux, des gens qui besoin de l'aide psychologique et ... euh ... non seulement ça, mais soutenir... » (mai 2020).

En plus d'avoir identifié que les services de santé mentale peuvent aider avec des problèmes de santé mentale, la moitié des participants ont identifié que ces services peuvent aider les gens même lorsqu'ils ne révèlent pas de problèmes de santé mentale. Par conséquent, pour les participants, les services de santé mentale représentent une forme d'aide et de prévention. Même

si la majorité des participants ont indiqué ne pas être usagers de ces services, ils ont tous illustré des scénarios dans lesquels les services de santé mentale sont justifiés pour préserver la santé en prévenant et en intervenant auprès de ces obstacles.

Cependant, il est important de distinguer la différence entre les deux processus d'être aidé. Ces processus ne suivent pas les mêmes règles. En fait, lorsque le processus est déclenché par les intervenants professionnels, ce sont les experts qui dirigent le processus. En conséquence, les usagers pris en charge peuvent ressentir de la confusion.

Finalement, la relation de confiance et la sensibilisation au besoin émotionnel est un thème fondamental à tous les processus de recevoir de l'aide des intervenants professionnels. Ainsi, la représentation sociale des participants des services de santé mentale est aussi comprise comme une réalité émotionnelle évoluant entre l'utilisateur et l'intervenant professionnel.

4.2.5 Trois éléments paradoxaux de la représentation sociale des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones à Ottawa

La représentation des services de santé mentale est représentée par nos participants comme un phénomène qui est caractérisé par une aide qui peut être demandée, mais parfois imposée. C'est aussi un processus caractérisé par l'établissement d'une relation professionnelle entre les intervenants professionnels et les usagers. De plus, l'utilisation des services de santé mentale est justifiée parce que la santé mentale, étant fluide, est parfois considérée comme menacée. Ce sont des professionnels qui offrent les services de santé mentale et qui détiennent l'expertise pour répondre aux besoins et donc, ceci justifie leur utilisation.

Pourtant, la représentation des services de santé mentale est aussi représentée comme un phénomène qui est paradoxal. L'objet des services de santé mentale est représenté comme un phénomène qui aide les personnes souffrant de troubles émotionnels. Mais lorsque les personnes veulent utiliser ces services, des barrières heurtent et entravent leur accès. Ces services font partie d'un processus qui est axé sur l'accès aux services pouvant être inaccessibles. Par ailleurs, les usagers ont des attentes de profiter des appuis des services de santé mentale, mais, ils sentent que ces eux qui doivent assumer la responsabilité de tisser les liens avec les services en plus de prendre soin d'eux-mêmes et leur entourage. En outre, les services de santé mentale concurremment représentent un moyen pour améliorer la santé mentale et aussi un moyen de faciliter l'intégration des nouveaux arrivants dans la société d'accueil. Finalement, il existe des conséquences quant à ces perspectives paradoxales.

4.2.5.1 « Pour les nouveaux arrivants c'est juste euh, le fait de ne pas le savoir »

Selon les participants, l'utilisation des services de santé mentale est cruciale pour pouvoir gérer les problèmes émotionnels et pour promouvoir la santé mentale. L'accès à ces services permet d'être aidé, la fonction première de ces services selon les participants. Pourtant, les participants considèrent que l'accès aux services est limité ou même impossible dû aux obstacles.

Par exemple, tous les participants ont affirmé « qu'un manque de confiance » est un obstacle pour accéder aux services. Plus spécifiquement, la peur de s'ouvrir et de se confier aux professionnels de santé mentale. Mireille explique qu'une personne pourrait être effrayée des questions posées lors de l'interaction avec les personnes de santé mentale : « ...je dirais... euh...

il aurait la peur des questions qu'on va leur poser » (mai 2020). La peur semble déranger la formation et l'établissement des liens de confiance qui jalonnent la relation d'aide entre l'utilisateur et le professionnel.

Autre que le sentiment de peur, le manque de connaissances des services de santé mentale est un obstacle à l'accès pour les nouveaux arrivants. Didier affirme que : « ... pour les nouveaux arrivants c'est juste euh, le fait de ne pas le savoir... ...l'accès vraiment est pour tout le monde, d'après ce que j'ai vu. » (mai 2020). Ce dernier précise que même si les services existent, il est fort probable que les nouveaux arrivants ne savent pas où trouver de l'aide et localiser ces services.

De plus, selon un des participants, la barrière linguistique complique l'accès aux services de santé mentale. Didier nous explique comment le cheminement vers les services de santé mentale est difficile pour les immigrants francophones qui ne parlent pas l'anglais: « ...ici au Canada c'est comme si je n'avais pas de langue parce que l'anglais l'emporte. Après avoir l'emporter il faut alors que je travaille dur pour que j'apprenne la langue anglaise. »

Non seulement l'accès est difficile pour ceux qui ne parlent pas l'anglais, mais les immigrants font face à une responsabilité d'apprendre l'anglais pour s'intégrer. Ce même participant explique que :

[...] j'allais à l'école pour apprendre la langue anglaise parce qu'on a des problèmes, des problèmes d'intégration à la suite, lorsqu'on ne connaît pas bien la langue anglaise. Donc, j'ai dit que je travaillais pour être capable pour faire factures, bien régler mes factures et aussi je vais aller à l'école pour plus euh pour apprendre la langue l'anglais pour que je puisse bien m'intégrer dans cette nouvelle société et par après, j'ai constaté que c'est pas...

c'est pas quelque chose qui va m'apporter une bonne santé. C'est quelque chose qui, c'est sûr que ça va me détériorer avec le temps (mai 2020).

Les barrières linguistiques sont soulignées comme un obstacle à l'accès aux services de santé mentale. Pour les participants, malgré le fait que les services de santé mentale représentent un processus dans l'obtention de l'aide pour la santé mentale ce même processus nécessite aussi de passer par des obstacles structurels rendant cet accès difficile.

Les discours des participants nous aident à analyser les caractéristiques qui façonnent la représentation des services de santé mentale chez les JIFO. Nos données indiquent que les participants comprennent les services comme une source d'aide importante. Cependant, ils partagent la même préoccupation des obstacles heurtant le processus d'obtenir cette aide. D'une part, les barrières découlent du fait que les participants proviennent de contextes linguistiques minoritaires et que les services de santé mentale sont principalement délivrés dans une autre langue officielle. D'autre part, étant de nouveaux arrivants au Canada, ils doivent acquérir des connaissances nouvelles quant au système de soins canadien.

4.2.5.2 « Entre nous aussi, on peut aussi jouer ce rôle »

Les participants ont aussi démontré que la quête pour préserver la santé mentale ne se repose pas uniquement sur les services de santé mentale. L'analyse des discours nous indique que les jeunes immigrants francophones, eux-mêmes, se sentent responsables de prendre soin de leur santé mentale. Nous avons vu que l'importance est placée sur l'individu de prendre soin de sa santé mentale et de tisser des liens avec les services de santé mentale dans le but de résister et de prévenir

les problèmes de santé mentale. Les extraits du discours de Mamadou et de Didier nous informent de cette analyse : « [l]es services de santé mentale comme définition, c'est un service mis à la disposition de tous qu'on puisse avoir des problèmes ou pas... » (Mamadou, mai 2020) et « ...même si vous vous trouvez en bon état de santé mentale, il faut les visiter ... faire ce qu'on appelle la thérapie » (Didier, mai 2020). Ces extraits offrent la justification de l'utilisation des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones et nous informent de nouveau de leur responsabilité de s'informer et de se prendre en charge dans le domaine de la santé mentale. Selon ces deux participants, il faut faire appel aux services de santé mentale même si la personne se sent bien mentalement.

Ainsi, une des caractéristiques de la représentation des services de santé mentale chez les JIFO est l'importance de l'action, de prendre soin de sa santé mentale, soit initiée par les services ou soit par les usagers. Que ce soit par l'apprentissage de techniques de « maîtrise de soi » et de « comment savoir comment dire ou partager nos problèmes » enseignées par les professionnels de la santé, les jeunes immigrants francophones se sentent enclins à prendre soin de leur propre santé mentale.

De plus, ces deux participants précisent davantage du rôle des amis et des pairs comme source d'appui sur la santé mentale. Un des participants explique que le rôle des amis est de signaler les problèmes de santé mentale :

Ce sont mes amis qui ont remarqué cela. J'ai même pas moi-même remarqué cela. Donc après avoir ... mes amis après d'avoir remarqué cela, que je dorme pas bien, que j'ai des yeux rouges [et] je parlais de choses qui ne sont pas en fait correct, ils m'ont dit : il faut aller consulter un médecin (Didier, mai 2020).

En plus de signaler les problèmes de santé mentale, Mamadou nous informe un autre rôle que les jeunes immigrants francophones exercent auprès de leurs camarades de classe et leur santé mentale. Il mentionne que :

[...] pas les travailleurs sociaux, les travailleurs de l'école et entre nous aussi, les élèves, on peut aussi jouer ce rôle, euh, avec des conseils, des bons conseils qui ne veux pas conduire notre ami à commettre des bêtises ou à commettre des erreurs, mais, des conseils qui vont ... va aider notre ami ou qui vont notre ami a changé (mai 2020).

C'est dans le contexte de l'exploration de la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO que les participants considèrent le rôle des pairs et des amis comme étant primordiaux à l'accès et à l'utilisation des services de santé mentale. D'après nos résultats, il semblerait que ce sont les jeunes se sentant responsables pour amorcer le processus de recevoir de l'aide des services de santé mentale et de tisser des liens professionnels avec les intervenants professionnels, et ce dans le but d'accroître leurs capacités à résister aux problèmes éventuels de santé mentale.

L'analyse du discours nous apporte une dualité dans lequel les services de santé mentale représentent une aide formelle c'est-à-dire, que l'aide découle des relations avec les intervenants professionnels. De plus, l'aide est aussi informelle. Elle découle des JIFO, elle leur est offerte : prendre soin d'eux-mêmes et de leur entourage.

Il est aussi révélé que les participants ont la responsabilité de contacter et de tisser des liens avec les intervenants professionnels de services de santé mentale lorsqu'ils ont besoin d'aide, mais aussi lorsqu'ils se considèrent en bonne santé mentale. Mamadou nous a indiqué que les JIFO sont responsables de recourir aux services de santé mentale dans l'absence de problème de santé

mentale, dans un but préventif. L'exploration de la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO est caractérisée par une responsabilisation active de prendre soin de soi, pour accéder aux services et pour promouvoir la santé mentale de leurs amis et de leurs pairs.

« Être dans son assiette » : la normativité et les conséquences de la représentation sociale paradoxale

Selon les participants, le résultat désiré suivant une intervention professionnelle des services de santé mentale est le rétablissement à un état « normal ». L'une des participantes considère qu'une personne qui souffre de problèmes de santé mentale est « anormale » et que cette personne désire retourner à un état « normal » à l'aide des services de santé mentale. Gloria décrit la raison d'utiliser les services de santé mentale : « elle veut retourner dans son assiette », car, elle justifie, « tu étais normal avant, avant d'avoir des problèmes mentaux » et « ...tu étais dans ton assiette et tu n'es plus dans ton assiette, et un membre des services de santé mentale t'aidera maintenant à retourner comme qui tu l'étais » (mai 2020). L'utilisation de l'expression « être dans son assiette » fait écho à la notion que la santé mentale est en mouvement. Dans ce cas, elle tend vers une santé mentale troublée. Cela étant dit, l'expression, « être dans son assiette », signifie que ne pas souffrir de problèmes de santé mentale semblerait représenter un état considéré « normal ». Ainsi, les services de santé mentale représentent un outil pour aider les personnes à être ou redevenir « normales ».

En outre, le lien entre le concept de la normalité, de la santé mentale et des services de santé mentale est aussi démontré dans le discours de Didier. Il affirme que le but des fournisseurs de services de santé mentale est l'intervention professionnelle afin de détecter une santé mentale « anormale » : « ce que je suis sûr et certain, ce que le médecin va voir, s'il y a quelque chose

d'anormal. Il va commencer à te poser des questions sur ton horreur, sur comment tu vis, ce qui va lui aider à avoir l'origine » (mai, 2020). Le participant ajoute que le résultat désiré de l'intervention des services de santé mentale est de « revenir à leur état normal » (mai 2020). Selon Mamadou l'objectif d'une intervention des services de santé mentale est de pouvoir contourner les effets de problèmes de santé mentale pour ensuite reprendre la vie « normale » : « faire en quelque sorte que la que cette personne puisse oublier, oublier un peu qu'il est malade [...] il peut répondre à sa vie normale en oublie qu'il était malade » (Mamadou, mai 2020).

S'orienter vers une bonne santé mentale ou un état « normal » est un thème particulièrement développé dans les entrevues. Selon les participants, intervenir professionnellement auprès d'une personne souffrant une vie « anormale » et retourner vers un état « normal » sont des aspects cruciaux pour appréhender la finalité du résultat de l'interaction entre les usagers et les intervenants professionnels des services de santé mentale. Les services de santé mentale représentent un outil professionnel important pour retourner vers un état considéré normal.

Pourtant, cette responsabilité de se prendre en charge peut mener les JIFO à accumuler des problèmes de santé tels que la fatigue, la détresse émotionnelle ou l'épuisement émotionnel. Ce fardeau émotionnel entraîne des conséquences pour les JIFO. En effet prendre soin de sa santé mentale requiert un effort constant de la part des JIFO, car la santé mentale est toujours menacée par des événements extérieurs.

4.2.5.3 « Comment fonctionne la vie ici » : les services de santé mentale facilitent l'intégration dans la société d'accueil

Selon les participants, les services de santé mentale représentent un processus dans lequel les personnes peuvent rétablir un état « normal » à l'aide des interventions de services de santé mentale et à l'aide de leurs propres efforts et ceux de leurs pairs. Toutefois, les services de santé mentale représentent aussi un élément intégral aux trajectoires de migration et de l'intégration dans la société d'accueil. Avec l'analyse de nos résultats, nous retenons que les services de santé mentale représentent un outil qui favorise l'intégration en offrant les informations pertinentes sur le pays d'accueil et en offrant un moyen pour intégrer les valeurs et du pays.

Selon les participants, les services représentent un outil d'intégration dans la société. Un participant décrit que les services de santé mentale assurent une vie saine une fois que les nouveaux arrivants s'établissent au Canada. Didier dit que: « ...pour les nouveaux arrivants je crois que les services de santé mentale sont très importants parce que beaucoup de nous tombons dans l'ignorance » (mai 2020). Ce même participant clarifie le contexte social et culturel de l'importance du rôle de ces services pour les immigrants. Il précise que :

[L]e Canada c'est une société individuelle. C'est que parce que, quand tu as des problèmes santé mentale, tu même... tu ne peux pas le voir [...] c'est ça la nouvelle perception que je peux faire ici au Canada. Parce que je dirais bien qu'ici au Canada c'est un grand pays, où les gens sont réservés et individuels et si dans ce cas-là, la santé mentale est quelque chose très important à voir de près.

Le participant explique l'importance des services de santé mentale lorsque les immigrants sont en transition vers un pays d'accueil considéré plus individualiste, en provenance d'un pays

considéré plus collectiviste. Plus précisément, il devient important que les individus connaissent, accèdent, utilisent et forment des liens avec les services de santé mentale lorsqu'ils vivent au Canada

En outre, Mamadou précise la façon dont les services de santé mentale peuvent aider les immigrants à s'établir dans un nouveau pays. Ces services fournissent des informations à propos du fonctionnement de la vie au Canada et offrent des instructions en vue de faciliter les processus d'intégration. Il explique :

[...] parce que je suis nouveau et je ne s'ait pas comment le Canada fonctionne et qui je ...j'appelle une personne qui travaille aux services de santé mentale et que non seulement parce que j'ai des problèmes, je l'appelle juste pour parler et en parlant il y a des questions qui nous arrivent et que lorsque nous exposons, nous posons ensemble comment ... comment fonctionne la vie ici [...] nous au Congo là-bas, il a y trop de crime. Même si tu vois des crimes et tout ça, il faut se cacher et tout ça. Mais ici, par exemple, si j'appelle une personne de santé mentale. Je lui pose une question par exemple et si par exemple j'ai mon problème dans la rue et que ... quelque chose ne marche pas ou bien je me sens pas bien. Qu'est-ce qu'il faut, qu'est-ce que je peux faire et quand il est du domaine ou qu'il connaît quelque chose, il dira : « Non, tu appelles la police » [...] Il peut même, bon il peut me donner leurs numéros. Il peut me dire comment ça fonctionne. Comment il faut appeler. Comment il faut faire pour atteindre ces gens-là. Comment s'en sortir. Il peut me donner beaucoup d'avis (mai 2020).

Ces deux participants se représentent les services de santé mentale comme un moyen qui facilite l'orientation et l'intégration dans une nouvelle société. Pour Didier (mai 2020) ces services sembleraient nous apprendre comment : être en bonne santé, être productif et connaître les valeurs

du pays d'accueil. Didier explique que les immigrants ont souvent des valeurs différentes du pays d'accueil. En vue de faciliter l'intégration, ils peuvent inculquer ces nouvelles valeurs : être en bonne santé pour être productif. Il explique :

Donc en tant que la population c'est-à-dire, nous sommes des nouveaux arrivants, bientôt on va être des Canadiens. On va être en premier la population canadienne. Tant qu'on n'a pas de euh une bonne santé mentale, on va rien contribuer dans la société. Donc c'est quelque chose de très important de ce que peut être de nous au niveau de la santé mentale parce nous sommes venus ici avec des valeurs qu'on veut partager avec les autres, aussi apprendre aussi des valeurs, des valeurs canadiennes. Tout ça aussi ça demande une bonne, je dirais ... je ne trouve pas le terme... une bonne stade de la santé mentale. C'est ça. [...] un bon état de la santé mentale, utile à la société (mai 2020).

Dans le discours de Didier, les services de santé mentale représentent conjointement deux dimensions reliées à la réalité des JIFO. La première est la dimension de l'aide à promouvoir la santé mentale « un bon état de la santé mentale ». Alors que l'autre est une dimension dans laquelle les valeurs de la société d'accueil sont prescrites. C'est ainsi que les services de santé mentale représentent un moyen pour combler les différences entre les sociétés collectives et individuelles et représentent une voie pour rapidement inculquer les valeurs d'être en santé pour « contribuer dans la société ».

4.3 Conclusion préliminaire :

Les services de santé mentale représentent un élément qui facilite l'intégration dans la société d'accueil pour deux raisons. L'idée que ces services peuvent guider les nouveaux arrivants

en leur offrant des conseils à propos du comment « fonctionne la vie ici » et mais aussi que ces services sont une voie de passage pour intégrer les valeurs associées à la productivité dans le pays d'accueil. Les services de santé mentale représentent non seulement un moyen d'intégration, mais aussi un symbole de l'intégration dans un nouveau système de valeurs et de coutumes.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Selon Jodelet (Jodelet, 1989b, 2006b), la représentation sociale donne un sens à la vie quotidienne pour transformer l'inconnu au familier. Notre devis, appuyé par l'approche sociogénétique de Jodelet, nous a permis de pénétrer le savoir commun des JIFO et de faire émerger des thèmes qui découlent des entrevues pour cerner la RS des services de santé mentale. L'exploration de ces thèmes nous aidera à apprendre des nouvelles perspectives sur l'utilisation de services et à réfléchir sur les enjeux reliés à l'accès des services de santé mentale. L'objectif de ce chapitre est d'interpréter nos résultats à la lumière de la problématique étudiée et du cadre théorique construit dans les premiers chapitres. Premièrement, nous allons élargir notre réflexion des thèmes et des paradoxes qui découlent de notre recherche avec l'appui de textes scientifiques. Deuxièmement, nous allons explorer les implications de notre recherche et de l'intervention auprès de JIFO sur le contexte de la discipline du travail social. Avec cette démarche, nous allons offrir des pistes d'améliorations en vue d'éliminer les obstacles qui entravent l'utilisation des services de santé mentale chez les JIFO.

5.1 Discussion de la représentation sociale des services sociaux chez les JIFO

Notre étude nous permet de prendre compte des caractéristiques qui façonnent la RS des services de santé mentale chez les JIFO. Nous pouvons développer un portrait de la nature de l'aide des services qui est croisée par les pensées dont les JIFO détiennent entourant la santé mentale et les problèmes de santé mentale. Nous pouvons aussi identifier que les RS des services de santé mentale sont des phénomènes paradoxaux : 1) le paradoxe de l'utilisation et l'accès à ces services

2) le paradoxe du rôle des JIFO de prendre soin de leur santé mentale 3) le paradoxe des services de santé mentale servant comme moyens d'intégration. Ces réflexions entourant la nature de l'aide de ces services santé mentale et les trois éléments paradoxaux de la représentation sociale des services de santé mentale nous permettent d'élargir les connaissances de l'accès et de l'utilisation de ces services chez les JIFO. En outre, ils nous aident à mettre en relief les points de tensions, mais, aussi les occasions nécessaires afin d'assurer l'équité d'accès. De plus, nos données permettent de confirmer les données parvenant des autres études sur les jeunes immigrants et l'accès et l'utilisation des services de santé mentale.

5.1.1 La nature de l'aide des services de santé mentale

L'image des services de santé mentale est principalement organisée autour du sens qu'accordent les JIFO à la santé mentale et les obstacles pouvant affaiblir leur santé mentale. Suivant cette logique, l'utilisation des services de santé mentale est justifiée pour deux raisons. Premièrement, ces services sont considérés comme étant une source importante d'aide. Deuxièmement, ils sont considérés comme étant un moyen pour surmonter ces obstacles. C'est dans ce contexte que les JIFO font usage de ces services pour maintenir une « bonne » santé mentale et se défendre des obstacles à la santé mentale.

Cependant, l'aide est un processus parfois amorcé et mené par les intervenants professionnels. Selon les JIFO, le processus de l'aide peut être initié lorsque les personnes sont en l'incapacité de prendre soin d'eux-mêmes ou de susciter une demande pour obtenir de l'aide. Toutefois, les JIFO croient que l'aide initiée par les intervenants professionnels est justifiée. Donc,

l'appui des intervenants professionnels de services de santé mentale est jugé conforme lorsque l'aide est initiée par les JIFO ou initiée par les intervenants professionnels.

L'image des services de santé mentale et les réflexions qui structurent la justification de l'usage de ces services sont semblables aux définitions promues par les organismes de promotion de la santé mentale. Les définitions de ces organismes sont elles-mêmes dirigées par un champ disciplinaire. On peut lire un tel exemple dans la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon l'OMS⁸ :

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté (OMS, 2018).

La compréhension particulière des JIFO possède des traits en commun avec la définition de l'OMS : la santé mentale est un phénomène dynamique qui permet de surmonter la tension de la vie quotidienne et qui contribue au bien-être des individus. De plus, la compréhension selon les JIFO est similaire de celle des établissements qui traitent de la promotion de santé mentale telle que l'Agence de la santé publique du (Agence de la santé publique du Canada, 2020) et Santé publique Ottawa (Santé publique Ottawa, 2019). En effet, cette définition constitue l'une des caractéristiques de la RS des services de santé mentale des JIFO et elle peut nous éclaircir à propos de la façon que les JIFO comprennent ces services. La compréhension de la RS des

⁸ Source : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

services de santé mentale chez les JIFO peut aussi nous fournir des précisions à l'égard processus du raisonnement et d'utilisation associée avec l'accès à ces services (Rateau et Lo Monaco, 2013).

Nos données mettent en relief les similitudes avec une conceptualisation de promotions de santé mentale, mais elles remettent en question des études qui présentent un décalage entre les professionnels et les usagers par rapport aux interprétations des concepts associés à la santé mentale (Anderson et coll., 2003; Hsu et Alden, 2008; Khanlou, 2010; Khanlou et Crawford, 2006; Lebrun, 2009). Selon notre recherche, la nature de l'aide est étroitement liée à la valeur accordée à la santé mentale, à la prise au sérieux des obstacles et à l'espoir que possèdent les JIFO de pouvoir améliorer leur santé. Nos résultats nous permettent de croire que les JIFO recourent aux services de santé mentale pour surmonter les problèmes de santé mentale, ce qui est une perspective semblable à celle exhortée par les professionnels de la promotion de la santé mentale.

Ce constat permet d'élargir la compréhension de la réalité des JIFO et de sortir de la dichotomie des perspectives ordonnées par un champ disciplinaire et celle dite « traditionnelle » par les immigrants. À cette fin, les pratiques de santé mentale doivent intégrer ce sens accordé à la santé mentale dans le processus de l'aide pour reconnaître les caractéristiques des jeunes usagers issues de l'immigration.

Il serait important d'intégrer la notion que les participants ont des idées favorables envers les services santé mentale et envers les intervenants professionnels de la santé mentale. En effet, bien que l'aide est parfois imposée, nos données viennent nuancer les données des études qui mettent en relief des perceptions défavorables envers l'utilisation des services de santé mentale chez les jeunes immigrants (Kravitz et coll., 2011; Merry et coll., 2017; Sandhu et coll., 2013; Whitley et coll., 2006). En outre, nos données mettent également en contrepartie la recherche affirmant que les représentations de type négatif sont les seuls facteurs qui affectent les décisions

et les comportements reliés à l'utilisation des services santé mentale (Merry et coll., 2017; Sandhu et coll., 2013; Whitley et coll., 2006). Les représentations sociales qui entraînent la réticence ne représentent qu'une partie de l'équation de l'utilisation de service de santé mentale.

Par ailleurs, le double rôle des services de santé mentale est aussi un élément mis en évidence par nos données. Les services de santé mentale servent deux rôles pour l'amélioration de la santé mentale : répondre aux problèmes de santé mentale et promouvoir la santé mentale. Même s'ils n'ont pas de problème de santé mentale, les JIFO considèrent que l'appui des intervenants professionnels est essentiel pour une « bonne » santé mentale et pour éprouver le bien-être. Les services de santé mentale et les intervenants professionnels sont donc représentés comme des phénomènes réactifs et proactifs.

La représentation sociale dite proactive des services santé mentale ajoute quelques précisions à l'étude des attitudes qui influencent le cheminement vers les services de santé mentale. Selon l'étude de Saunders et ses collègues (2018), les jeunes immigrants sont surreprésentés dans les consultations à l'urgence pour des problèmes de santé mentale. Saunders et ses collègues (2018) constatent que les jeunes immigrants ne savent pas où recourir aux services de santé mentale, et ils se présentent à l'hôpital aux urgences lorsqu'un problème s'est intensifié en crise nécessitant l'urgence. En contrepartie, nos données nous informent que les JIFO connaissent des services de dépistage et des services de santé mentale, mais ils hésitent à faire usage pour des raisons autres qu'un manque de sensibilisation à l'égard des services de dépistage et de prévention.

Le fait que les services santé mentale représentent des phénomènes qui aident de manière proactive et réactive nous permet de concevoir une gamme de points de contact potentielle entre les JIFO et les services de santé mentale. Les JIFO pourraient utiliser les

services de santé mentale de prévention primaire, secondaire et tertiaire plus efficacement dans la lutte contre les problèmes de santé mentale. Il est donc nécessaire d'adopter une perspective holistique quant à l'utilisation des services santé mentale et de poursuivre de nouvelles interventions précoces, ciblant les JIFO plus tôt dans leurs parcours d'intégration au Canada.

Nos données obtenues sur les perspectives positives des services santé mentale et des intervenants professionnels de santé mentale sont différentes des données obtenues par d'autres études auprès des groupes francophones minoritaires, dits dépressifs, non issus de migrations à travers le Canada.

Selon une étude, les services médicaux sont « unanimement perçus comme froids et distants, indistinctement de l'appartenance linguistique » (Lévesque et coll., 2018, p. 135). Ce sont les thèmes qui découlent de la RS de ces groupes francophones minoritaires, l'identité d'être une minorité linguistique explique les craintes, l'appréhension et le stigma lié à l'utilisation de ces services santé mentale (Lévesque et coll., 2018). Par contre, l'importance de l'identité linguistique n'est pas un thème qui découle des discours des JIFO. En effet, l'identité linguistique n'est aucunement apparue dans la représentation sociale qui influence l'usage. Cependant, la barrière linguistique est considérée comme un obstacle à l'accès à ces services santé mentale, selon les JIFO tout comme chez les participants de l'étude de Lévesque et collègues (2018).

En ce qui a trait aux caractéristiques de la représentation sociale des services de santé mentale chez les JIFO, nous constatons que la RS des services de santé mentale reflète plutôt les réalités découlant des expériences et des parcours migratoires des JIFO. L'exploration de la RS des jeunes immigrants francophones nous permet donc d'approfondir la singularité de

JIFO et de faire des ajouts aux corpus traitants des migrants, surtout pour répondre au manque de connaissance qualitative à l'égard des jeunes issus de migration (Lévesque et coll., 2018).

Le vécu des parcours de migration et de l'intégration dans la société d'accueil sont potentiellement distincts de celles de leurs parents, leurs grands-parents et des générations non issues de l'immigration. Selon Negura (2006) :

Le fait d'être jeune n'est pas neutre, car ce groupe social revendique une place distincte dans les dynamiques sociales, notamment par rapport à d'autres groupes de référence, à savoir les adultes. Ces dynamiques identitaires ont un effet sur le comportement qui, quant à lui, est doté d'une charge symbolique (p. 10).

L'étude de Lévesque et collaborateurs (2018) met en relief les différences entre les générations spécifiquement, la manière dont ces différences se manifestent dans les représentations sociales accordées aux groupes d'âge. Ces chercheurs montrent que « la représentation des services de santé mentale chez les jeunes [...] ont une vision plus « humaine » et relationnelle de la santé mentale que leurs aînés » (Lévesque et coll., 2018, p. 136). Bien que notre recherche porte sur les jeunes immigrants dans un contexte linguistique minoritaire, nous trouvons aussi cette vision qui est plus « humaine » et de type relationnel de la santé mentale. En fait, de fortes relations d'aide sont un élément constant dans les perceptions du processus d'être aidé chez les JIFO.

En outre, les services de santé mentale représentent un aide qui est fortement lié aux perceptions de la santé mentale et ses obstacles. Ces services représentent un appui important pour régler les problèmes de santé mentale ainsi que pour la promotion de la santé mentale

chez les JIFO. Dans ce contexte, l'accessibilité et l'utilisation sont deux aspects cruciaux pour permettre une « bonne santé » mentale selon les JIFO. Il va sans dire que les JIFO sont distincts dans la façon dont ils partagent les représentations des services de santé mentale. Il serait donc important d'étudier les différences entre les représentations sociales de différents groupes d'âge chez les immigrants. Toutefois, notre recherche nous informe sur la complexité et la diversité des conceptions de la santé mentale, qui évolue selon les contextes sociaux dans lesquels elle est façonnée.

5.1.2 Le paradoxe de l'utilisation et l'accès des services santé mentale

Les paradoxes découlant de nos résultats nous aident à mieux comprendre les croyances reliées aux services de santé mentale chez les JIFO. Selon Moscovici (Moscovici, 2003) les « représentations paradoxales », nous aide à comprendre que les phénomènes observés peuvent coexister tous en étant représentationnelles et contradictoires. L'objet des services de santé mentale est représenté comme un phénomène positif qui aide les personnes. Mais, lorsque les personnes veulent utiliser et avoir l'accès à ces services, des barrières heurtent leurs demandes d'aide et d'accès. Cette nature contradictoire est également présente dans les discours des participants.

La question de l'accès équitable aux services de santé mentale ne peut pas être expliquée suffisamment en traitant seulement des barrières de l'offre, mais doit aussi prendre en compte d'autres entraves à la demande. Une des raisons pour laquelle les JIFO peuvent hésiter à utiliser les services santé mentale est un sentiment de la peur. Nos données démontrent que la peur des entrevues préliminaires est souvent un obstacle qui peut entraîner la réticence à faire usage des services santé mentale. Il faut souligner que la peur pourrait être également associée avec

l'expérience d'un nouveau système de santé et le manque de connaissance et d'expérience avec l'utilisation de service de santé mentale plutôt qu'avec la stigmatisation, un obstacle souvent présenté dans d'autres études (Islam et coll., 2018; Nazilla Khanlou, 2010; Martínez-Hernández et coll., 2014b; Mikkonen et coll., 2011). En contrepartie, les JIFO ont une représentation positive de ces services et un esprit ouvert et même un enthousiasme pour aborder le sujet et potentiellement utiliser les services santé mentale. Nos résultats ajoutés des nuances aux études qui affirment que la peur est souvent le résultat de la stigmatisation. Toutefois, il est fort probable que le sentiment de peur entraîne un retard à la demande d'aide et peut expliquer le fait que les jeunes immigrants préfèrent souvent d'autogérer leurs symptômes de problèmes de santé mentale (Gulliver et coll., 2010).

En somme, la tendance à sous-utiliser les services de santé mentale peut persister même lorsque les JIFO sont en faveur d'utiliser ces services pour des raisons de santé mentale. Le manque d'expérience avec l'utilisation de service de santé mentale et la peur sont donc des obstacles considérables. Il est donc essentiel de sensibiliser les intervenants professionnels pour accroître les connaissances en réduisant les hésitations d'utiliser des services santé mentale et de reconnaître que la demande ne peut être séparée du fait que les JIFO sont de nouveaux membres de la communauté hôte.

Il est important de souligner que les hésitations entraînées par la peur peuvent être réduites considérablement lorsqu'il y a une bonne relation d'aide entre les intervenants professionnels et les usagers des services de santé mentale. Plus précisément, l'établissement de relations de confiance et la validation des émotions, tout en respectant un rythme accommodant les nouveaux arrivants est notamment indiqué par les participants comme mesures qui encouragent le développement de la relation d'aide et qui facilitent l'usage des services de santé mentale.

5.1.3 Le paradoxe du rôle des JIFO de prendre soin de la santé mentale

Nos résultats permettent de comprendre que l'aide pour la santé mentale peut provenir à la fois par la voie formelle et par la voie informelle. Pourtant, les JIFO ont beaucoup d'estime pour les services de santé informels. Les JIFO les considèrent, non pas d'une réaction négative ou d'appréhension face aux services de santé mentale formels, mais comme une source d'aide complémentaire. En fait, les JIFO se voient eux-mêmes comme des ressources informelles. Ils croient qu'ils sont responsables de leur santé mentale, ils doivent recourir et tisser des liens avec les services de santé mentale et doivent activement améliorer leur santé mentale. Ils sentent qu'ils doivent aussi améliorer la santé mentale de leurs amis.

Cependant, il pourrait avoir des conséquences lorsque la responsabilisation et une activation pour la santé mentale sont de normes renforcées par les interventions de santé mentale. Les approches des intervenants professionnels reposant sur la responsabilisation et l'activation, par exemple, pourraient être problématiques dans le champ de santé mentale (Slade et coll., 2014).

Concernant la responsabilisation, les JIFO se voient comme étant en première ligne de défense contre les problèmes de santé mentale. De plus, ils considèrent que leurs capacités de surmonter les problèmes de santé mentale se reposent sur des facteurs reliés à eux-mêmes. En outre, les JIFO savent que pour préserver leur santé mentale, ils doivent tisser des liens avec les services santé mentale et les intervenants professionnels. Les JIFO sentent qu'ils doivent amorcer une demande même lorsqu'ils se considèrent en bon état de santé mentale. Finalement, les JIFO travaillent activement à promouvoir leur santé mentale, souvent sans l'aide des services santé mentale. Il est important de reconnaître les conséquences de l'adoption d'approches de santé mentale qui dépendent trop sur la responsabilisation et l'activation des JIFO. Nos résultats

soutiennent que les JIFO sont surchargés en raison de leurs parcours migratoires et de l'intégration dans leur nouveau milieu (Craig et coll., 2009; Nazilla Khanlou, 2010; Nickerson et coll., 2011). En plus, une responsabilisation peut représenter un fardeau supplémentaire pour les JIFO qui vivent de parcours migratoire.

Il est important de reconnaître que les JIFO ne sont pas à l'abri du contexte normatif du pays d'accueil. Les approches des intervenants professionnels du champ de services de santé mentale peuvent reproduire et imposer les normes de la responsabilisation et l'activation sous forme de « nouvelles règles de l'individualité » (Otero, 2005, p. 78). Ce qui pose problème dans un contexte des systèmes de santé axé sur les épargnes et en voie de contraction (Teghtsoonian, 2009). Ces « nouvelles règles de l'individualité » risquent de produire un contexte dangereux pour les nouveaux membres de la société. Les JIFO risquent de s'épuiser, car, pour préserver leur santé mentale, un effort constant est requis dans une société dite individualiste (Ehrenberg, 2011). De plus, le cheminement vers une « bonne santé mentale » est considéré « normal » selon les JIFO. Cependant, la définition de "normale" n'est pas en soi une fin tangible. Le sens de responsabilisation et l'activation pour préserver sa santé mentale sont donc sans fin. Une telle croyance peut entraîner un épuisement pour les usagers pris entre l'injonction du parcours de la migration et des normes de société individuelle.

L'exploration de la RS des services de santé mentale chez les JIFO nous aide à approfondir notre compréhension de l'injonction du parcours migratoire et les normes qui découlent de l'étude de la RS des services de santé mentale chez les JIFO. Les concepts de l'activation, de la responsabilisation et de la norme qui découlent de cette recherche constituent une passerelle permettant d'accéder à l'état des connaissances qui jalonnent la santé mentale des JIFO. Ces connaissances partagées devront être considérées dans le cadre des approches de santé mentale

pour ne pas alourdir davantage le fardeau vécu et pour offrir des approches plus délicates aux besoins des jeunes immigrants.

5.1.4 Le paradoxe des services santé mentale servant comme moyens d'intégration

L'analyse qualitative nous permet de saisir la représentation paradoxale des services de santé mentale selon les JIFO. Premièrement, les services de santé mentale représentent un aide pour la santé mentale. Deuxièmement, les services santé mentale représentent un moyen pour faciliter l'intégration dans la société d'accueil : soit en guidant les nouveaux arrivants ou en leur offrant des conseils à propos de la façon dont « fonctionne la vie ici » et en agissant comme une voie de passage pour intégrer les valeurs associées du pays d'accueil. Ces représentations sociales dévoilent la disposition des jeunes issues de migration à utiliser les services de santé mentale. Cependant, il reste à savoir ce que les JIFO pensent des services de santé mentale comme moyen pour faciliter l'intégration. Il se pourrait que les JIFO comprennent qu'il y a une relation réciproque entre leur santé mentale et l'intégration dans les pays d'accueil. Leurs parcours d'intégration pourraient influencer l'état de santé mentale, et l'état de la santé mentale pourrait influencer leurs parcours d'intégration. Les JIFO reconnaissent que les experts de santé mentale détiennent la capacité de faciliter leur intégration dans le pays hôte en les aidant avec leur santé mentale. Plus de recherches sont nécessaires pour repérer la relation entre la représentation de la santé mentale et l'intégration. Toutefois, le fait est que les JIFO peuvent profiter des connaissances et du savoir-faire des intervenants professionnels de la santé mentale pour alléger le fardeau de leur santé mentale et leur difficulté dans un nouveau pays. Ainsi, les services de santé mentale représentent un vecteur important par lequel les jeunes nouveaux arrivants peuvent élargir leurs connaissances et leurs capacités de concilier leurs valeurs avec la culture du pays d'accueil.

Le fait que les JIFO considèrent ces services comme un moyen d'intégration rejoint la notion que l'intégration est un processus « multidimensionnel et non linéaire » (Jacquet et Masinda, 2014, p. 288). Mais encore, la façon dont les JIFO font sens de leur monde, comprenant des services santé mentale et des experts, va influencer la façon dont ils font usage des services santé mentale. D'autres études affirment que l'intégration a lieu dans plusieurs contextes, entre autres, dans le milieu scolaire (Jacquet et Masinda, 2014), dans les réseaux sociaux (Cossette, 2012) et sur le marché du travail (Houle et coll., 2014). Cela étant dit, il est important de concevoir que l'intégration peut se manifester dans des services santé mentale autres que ceux désignés pour aider avec l'installation et l'intégration des nouveaux arrivants. Les services de santé mentale peuvent donc jouer un rôle pour faciliter l'intégration des JIFO.

5.1.5 Conclusions préliminaires :

Nos résultats nous montrent que l'accès aux services de santé mentale présente toujours de grandes lacunes pour les JIFO. Dans ce contexte, il est important d'examiner les barrières qui entravent l'accès et de s'interroger sur les hésitations des JIFO à faire usage des services de santé mentale. Selon nos résultats, nous avons pu mettre en place une esquisse du savoir commun des services de santé mentale pour comprendre les attitudes et comportements associés aux services de santé mentale. Nous avons demandé comment intégrer ces nouvelles connaissances pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé mentale pour les JIFO. Nous discuterons dans les prochaines sections des liens entre la recherche et l'intervention en travail social, étant donné que le travail social est une discipline d'accompagnement et de défense de droits des groupes marginalisés (René et Dubé, 2014).

5.2 Implication pour l'intervention auprès de JIFO

Nous avons effectué une analyse macrosociale de nos résultats en réalisant un va-et-vient avec d'autres études portant sur les réalités des nouveaux immigrants francophones au Canada. Les nuances observées dans les représentations sociales des JIFO, ancrées dans le contexte social, la situation linguistique minoritaire et le parcours de migration, nous offrent des occasions de mieux comprendre l'utilisation et l'accès aux services santé mentale pour les JIFO. Selon Negura et Lavoie (2016), saisir les réalités des usagers peut contribuer à basculer ou à provoquer l'intégration de nouvelles notions, différentes à celles que prônent les intervenants professionnels, dans le processus d'intervention. Spécifiquement, la découverte de nouvelles RS pourrait guider l'élaboration de nouvelles interventions.

Nous allons ainsi réfléchir et offrir des recommandations pour améliorer l'accès et l'utilisation équitable des services de santé mentale chez les JIFO. De plus, nous allons identifier des pistes de recherche et des interventions prometteuses en travail social afin de mieux guider les pratiques d'accompagnement, d'émancipation et d'action sociale auprès des JIFO.

Cela étant dit, il est important de noter que nous ne devons pas imposer des généralisations en raison de la sensibilité du sujet (Brito et Pesce, 2015). Nous ne préconisons surtout pas de conclusion par rapport aux particularités de la représentation sociale selon des variables ethnoculturelles. Nous privilégions plutôt qu'adopter une approche évolutive, c'est-à-dire une approche qui tire profit d'amples contributions de recherche, surtout de la recherche participative, pour approfondir la connaissance des réalités des JIFO et le contexte social et politique qui l'englobe.

5.2.1 La sensibilisation aux réalités des JIFO

Pour commencer, il est important d'intégrer les réalités des JIFO dans la discipline et les pratiques du travail social pour réduire les présomptions détenues par les intervenants professionnels et ainsi créer une nouvelle perspective d'emploi des connaissances ayant la capacité d'informer les pratiques d'intervention. Par exemple, les intervenants professionnels devraient faire preuve d'une ouverture d'esprit aux singularités des JIFO. Il est important de prendre en compte les compréhensions que détiennent les usagers JIFO de la santé mentale et de cerner leurs attitudes et motivations sous-jacentes dans la recherche de l'aide vers les services de santé mentale. Par exemple, les intervenants professionnels pourraient démontrer une sensibilisation aux comportements attribuables à la peur et au manque d'expérience comme usager de ces services lors de l'accueil et durant les interventions professionnelles des JIFO.

Il serait important d'entreprendre des formations pour, par exemple, informer les intervenants professionnels des perspectives sous-jacentes à la demande de l'aide chez les JIFO. La connaissance de perspectives de la santé mentale et les systèmes d'aides informelles utilisés par les JIFO pourraient offrir de nouvelles perspectives et de pistes permettant d'offrir un aide plus approprié pour les JIFO.

En principe, une meilleure intégration des réalités des JIFO pourrait réduire les présomptions qui peuvent perturber l'établissement de la relation d'aide et peut améliorer le processus de l'offre d'aide. Finalement, cette intégration pourrait faciliter l'accès aux services santé mentale de qualité offerts et pourrait encourager que les JIFO les utilisent.

Les JIFO ont aussi une compréhension des services de santé mentale qui est influencée par leurs parcours de migration. Selon la lecture de nos données, ces services offrent des outils pour

aider avec le processus d'intégration au Canada. Pour cette raison, les interventions professionnelles devraient réfléchir à propos le rôle qu'ils jouent par rapport l'établissement et l'intégration des JIFO. Une mauvaise connaissance de ce rôle pourrait, en effet, entraîner des intervenants professionnels à manquer des occasions pour aider avec l'intégration des JIFO. Par ailleurs, le rôle de ces intervenants devrait également être connu par les usagers dès le départ de la relation d'aide pour mitiger de la confusion au niveau des services offerts. Dans la pratique, les intervenants professionnels devraient s'assurer de bien connaître les services de soutien à l'intégration des immigrants. Ils pourraient également offrir de l'information et des orientations par rapport à l'intégration au Canada.

La recherche sur les immigrants nous indique que les intervenants professionnels tendent à sous-estimer et sous-impliquer les expériences des JIFO avant et pendant leurs parcours de migration (Potvin et coll., 2013). Plutôt, leur tendance est de céder à la psychologisation des individus et les problématiques reliées à la migration (Vatz Laaroussi et coll., 2002b). Afin de continuer une compréhension qui encourage l'utilisation et l'accès des services de santé mentale, les intervenants professionnels devraient adopter des approches holistes permettant une plus grande marge de manœuvre à répondre aux divers besoins des JIFO, tout en saisissant des occasions pour alléger le fardeau psychologique qui provient du parcours de migration et de l'intégration. Pour effectuer ce soulagement de fardeau, les intervenants professionnels pourraient créer des occasions pour s'interroger sur les fondements normatifs dans la société occidentale et sur l'intervention ethnocentriste (Vatz-Laaroussi, 2007) et pourraient intégrer les réalités de la pensée des JIFO.

De plus pour alléger ce fardeau, il est nécessaire d'offrir des interventions plus délicates aux besoins des jeunes immigrants francophones. Ces approches devront inclure des actions de

sensibilisation aux réalités des JIFO, également au niveau des politiques qui concernent l'immigration au Canada. Il est donc primordial de souligner des pistes d'interventions prometteuses pour effectuer ces changements.

5.2.2 L'inspiration du « Collaborative Care »

La mise à disposition aux intervenants professionnels de meilleures connaissances des réalités des JIFO par rapport à l'utilisation des services de santé mentale pourrait faciliter leur réception à des stratégies d'interventions professionnelles pour modeler des soins collaboratifs, notamment les « Collaborative Care Model » de Nadeau et Measham (2005). Ce modèle de soins collaboratifs propose des types de relations entre les usagers et les patients qui encouragent la participation des usagers dans la prise de décision pour « ...renforcer les soins de santé mentale aux enfants immigrants et réfugiés, et à leurs familles » (p. 73). Ce modèle met l'accent sur des appuis informels tels que les membres de familles et des appuis pluridisciplinaires pour fournir multiples approches pour agir simultanément sur plusieurs fronts sur la santé des individuels. Une concertation qui a lieu entre une équipe de soins de santé et l'usager, qui partage de la prise de décisions entourant les services de santé, permettrait de répondre plus efficacement aux besoins des usagers et d'intervenir auprès des dimensions physiques, spirituelles et sociales de la santé afin d'appuyer la santé mentale (Kaltman et coll., 2011). Comme effet, ce modèle pourrait également alléger la « méfiance » face aux services de santé mentale, les « difficultés de communication », le « sentiment d'être incompris, ou un vécu de discrimination entraînent une sous-utilisation des services en santé mentale chez les familles immigrantes » (Nadeau et coll., 2009, p. 129).

Par ailleurs, pour accroître l'inclusion afin d'améliorer les problèmes d'utilisation et d'accès, il faudrait mettre en place des comités consultatifs pour mobiliser davantage la collaboration entre les JIFO et les intervenants professionnels et les gestionnaires de services santé mentale. Des comités consultatifs permettraient d'accroître le pouvoir décisionnel des JIFO pour influencer les politiques et pratiques sociales et amélioreraient l'accès aux services de santé mentale. De plus, ces initiatives permettraient d'organiser des actions pour s'attaquer aux barrières structurelles afin d'assurer un système de santé plus équitable pour les jeunes immigrants francophones minoritaires. Un exemple d'initiative de mobilisation de jeunes qui pourrait être adoptée à Ottawa est celui des « Fresh Voices »⁹. Cette conférence annuelle regroupe plusieurs centaines de jeunes dans le but de cerner les priorités de jeunes immigrants par rapport à leur bien-être, de développer des recommandations, de tisser des liens intersectoriels et de lutter contre les obstacles structurels qui affectent les jeunes nouveaux arrivants. Une conférence ou un comité consultatif pourrait contribuer à basculer ou à provoquer l'intégration et la reconnaissance des différents points de vue et pourrait offrir des pistes pertinentes pour améliorer l'accès au service de santé mentale chez les JIFO.

5.2.3 Formation interculturelle des intervenants professionnels de la santé mentale

Les intervenants professionnels peuvent avoir des difficultés avec les personnes immigrantes s'ils utilisent des approches standardisées. Ils ont tendance à réduire les usagers en fonction de leur culture et en fonction de leur souffrance et ils ont tendance à miser sur des

⁹ Source : <http://freshvoices.ca/>

interventions qui touchent les changements au niveau individuel de l'utilisateur (Vatz Laaroussi et coll., 2002b).

Pour adapter des approches d'interventions qui sont plus délicates aux diverses populations, les intervenants professionnels devraient éviter des approches standardisées qui regroupent toutes les personnes issues de migration à l'intérieur de la catégorie des « immigrants ». Au lieu, les intervenants professionnels devraient prendre en compte la plasticité de la culture et les différences entre générations de migrants. Afin d'améliorer cette réflexivité des approches, les intervenants professionnels devraient recevoir une formation de l'approche interculturelle. Une formation interculturelle pourrait aider les intervenants professionnels à s'autosurveiller et d'éviter la ramification de leurs filtres, idéologies, et préjugés parfois cachés envers les personnes de diverses cultures (Cohen-Émerique, 1993). Nos données nous indiquent qu'une approche qui minimise les filtres, les idéologies, et les préjugés pourraient aider à l'établissement de relations d'aide en réduisant les hésitations à faire usage des services de santé mentale.

5.2.4 La relation d'aide

Il est important de reconnaître que peu importe le contexte de la demande et l'utilisation des services de santé mentale, l'établissement d'une relation d'aide est impératif selon les JIFO. Nos résultats nous permettent de découvrir des pistes à suivre pour favoriser une relation d'aide qui est adaptée aux besoins des JIFO. Premièrement, la relation d'aide est basée sur l'établissement d'un lien de confiance. Nos données illustrent comment les intervenants professionnels pourraient établir un lien de confiance. Tout d'abord, ces intervenants pourraient établir un lien de confiance à travers une écoute active et par la validation de sentiments. De plus, ce lien pourrait se maintenir

si les intervenants professionnels répondent aux besoins émotionnels des JIFO. Nos données illustrent, qu'il est important que les JIFO usagers voient les intervenants professionnels comme des alliés dans leurs parcours de leur amélioration de leur santé mentale. Pour renforcer la relation d'aide, les intervenants professionnels pourraient faire en sorte que les usagers sentent que leurs besoins sont importants et qu'ils ont défendus.

En effet, l'établissement de relation d'aide pourrait être renforcé par une amélioration des compétences relationnelles. Il est essentiel à ce processus d'avoir la capacité de créer un espace où les usagers et les intervenants professionnels peuvent établir cette relation interpersonnelle positive (Omidvar et coll., 2003).

Quant à la question de la façon d'approcher la relation d'aide, les participants de cette étude offrent des conseils pertinents. Une relation d'aide pourrait s'inspirer de l'établissement d'une relation amicale; une approche qui demande que les intervenants professionnels soient sincères, à l'affût d'occasions de renforcer les liens, mais qui ne forcent pas les personnes à entretenir une relation. De plus, les participants suggèrent que la cadence de l'établissement de relations devrait suivre un rythme établi par l'utilisateur.

L'établissement d'une relation d'aide positive est encore plus important dans le contexte de la pandémie COVID-19, car les usagers pourraient subir plus de perturbations à leur santé mentale. Par exemple, il y a des conséquences en raison des changements d'habitudes, et l'isolement durant de longues périodes pourrait avoir de graves effets sur la santé mentale et le bien-être (Rothman et coll., 2020). Nos données nous indiquent qu'un contexte tel que la pandémie, où les JIFO doivent être plus autonomes et doivent prendre soin d'eux-mêmes, pourrait accroître le fardeau ressenti par les JIFO. Les intervenants professionnels devraient donc employer

de nouveaux outils de communication pour franchir les barrières produites par la pandémie et pour établir des relations d'aide en s'inspirant des notions qui découlent de la RS des JIFO.

5.2.5 Accroître l'offre de services santé mentale en français

La recherche montre qu'il y a des inégalités telles que l'accès équitable à des services santé mentale pour les personnes dans un contexte linguistique minoritaire, quoique ce soit un droit reconnu au Canada en vertu de la Loi canadienne sur la santé et la loi canadienne de 1986 sur les services en français (Bouchard, 2011; Deroche, 1994). Plusieurs défis qui limitent l'accès sont considérés des obstacles (lacune de l'offre en français et l'obstacle de communication) de grande envergure pour les JIFO.

Il est donc primordial que les francophones reçoivent l'offre de services santé mentale qui sont équitables à ceux offerts en anglais. Dans le contexte de la demande de l'aide, il est surtout nécessaire de surmonter des limites de communication et de faire confiance aux intervenants professionnels.

La communauté francophone minoritaire à Ottawa est en croissance en grande partie due à l'arrivée de nouveaux arrivants. Donc, il est essentiel d'inclure des personnes issues de migration dans les discussions pour encourager l'accès aux services santé mentale équitable.

CONCLUSION

Les jeunes immigrants francophones sont une population qui grandit dans la région d'Ottawa (Gouvernement du Canada, 2017). Portant, peu de recherche prennent compte de la façon que ces jeunes pensent des services de santé mentale (Levesque et Rocque, 2015; Salehi, 2010). Afin d'approfondir le corpus de connaissances et de tenter d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé mentale chez les jeunes immigrants s'établissant dans de milieux linguistiques minoritaires, nous avons décidé d'explorer la RS des services de santé mentale. Notre choix de cadre théorique s'est reposé sur la logique que les RS influencent les attitudes et les comportements à l'égard de l'utilisation et l'accès de ces services (Leclerc et Lombrail, 2000). Selon Jodelet (2017), c'est le sens commun qui guide les comportements des usagers de services de santé mentale. L'approche sociogénétique (Jodelet et Kalampalikis, 2015) nous a permis de prendre compte des réalités que se font les JIFO par rapport aux services de santé mentale. L'exploration de ces RS nous a permis de brosser un portrait pour combler cette lacune de recherche qualitative sur la santé des jeunes immigrants vivant en milieux linguistiques minoritaires.

Pour entamer notre recherche exploratoire, nous avons privilégié une démarche qui nous a permis d'assumer le rôle d'observateur et de témoigner les paroles parvenant du monde des JIFO. Ensuite, nous avons ressorti les thèmes permettant de comprendre le monde des JIFO et l'objet des services de santé mentale. Notre approche était inspirée par la théorisation ancrée et donc, aucune hypothèse n'a été avancée dans l'optique de laisser une marge de manœuvre pour faire découler les RS. Notre enquête qualitative s'agissait d'une analyse de contenu d'entrevue de quatre participants en concordance avec les critères de sélection pour déchiffrer la RS des services de

santé mentale chez les JIFO. Comme intervenants professionnels, nous souhaitons tirer des réflexions et des pistes d'interventions pour améliorer les pratiques du travail social.

Avec cette démarche, nous avons identifié que le sens accordé aux services de santé mentale est interrelié aux sens accordés à l'aide, à la santé mentale, aux obstacles à la santé mentale et à l'importance du processus de l'établissement de relations d'aide. Ensemble, ces notions justifient l'utilisation de ces services chez les JIFO. De plus, nous avons trouvé des paradoxes associés à la RS de ces services, une découverte qui nous a permis d'approfondir notre connaissance de la nature des RS (Moscovici, 2003). Ces paradoxes nous ont permis d'identifier des obstacles à l'accès et à l'utilisation de ces services. Nous avons aussi identifié que le sens de responsabilisation et d'activation détenue par les JIFO était un défi affectant potentiellement l'intégration dans la société d'accueil. Finalement, nous avons appris que les JIFO utilisent les services santé mentale aussi comme des outils pour faciliter leur intégration au Canada.

Notre recherche montre que les minorités linguistiques éprouvent plus d'inégalités en dépit des mesures pour accroître l'accès équitable tel que des droits reconnus au Canada en vertu de la Loi canadienne sur la santé et la loi canadienne de 1986 sur les services en français (Power et coll., 2014). Nous avons pu confirmer des défis qui limitent l'accès des jeunes migrants francophones dû au manque de services santé mentale dans leur propre langue, et qui sont comparables aux défis des francophones non issues de migration.

Enfin, nous avons tenté d'approfondir et de répandre les connaissances qualitatives tout en posant des pistes pour réduire l'écart d'accès et d'utilisation des services de santé mentale entre les jeunes issus de migration et la population non issue de migration. Nous avons suggéré que les intervenants professionnels prennent en compte les singularités des JIFO en faisant attention à leurs parcours de migration et aux différences générationnelles.

En outre, nous avons souligné l'importance de l'établissement de la relation d'aide dans le contexte d'intervention auprès des JIFO. Nous avons aussi affirmé que la collaboration entre les intervenants professionnels et les usagers JIFO doit être considérée comme essentielle afin de mettre en place des interventions plus adaptées aux besoins des JIFO.

Toutefois, des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les réalités et les obstacles et les points de résilience des JIFO. Nous avons identifié des pistes préliminaires qui affectent les accès et l'utilisation des services de santé mentale chez les JIFO. Nous pourrions profiter de plus d'études qui mettent en relief les liens entre les RS des JIFO et les RS des intervenants professionnels, car une comparaison de ces RS pourrait éclaircir davantage les défis et les occasions pour faciliter l'accès et l'utilisation aux services de santé mentale.

Il est surtout important de considérer des approches qui prônent la collaboration entre les usagers JIFO et les chercheurs. En outre, des études de types participatifs, de plus grande envergure pourraient proposer des pistes d'amélioration de l'accès équitable aux services de santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (Éd.). (1994). *Pratiques sociales et représentation* (1re éd). Presses universitaires de France.
- Abric, J.-C. (2001). *L'approche structurale des représentations sociales : Développements récents*. 26.
- Abric, J.-C. (2003). L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales: Vol. 7e éd.* (p. 187-203). Presses Universitaires de France.
<http://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-203.htm>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *À propos de la santé mentale—Canada.ca*.
<http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sante-mentale.html#a1>
- Agic, B. (2016). *Appuyer la santé mentale des réfugiés au Canada—Préparé pour La Commission de la santé mentale du Canada*. 11.
- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R. S., Wicklum, S., & Turin, T. C. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522-1540.
<https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Alba, R., & Foner, N. (2015). *Strangers No More : Immigration and the Challenges of Integration in North America and Western Europe*. Princeton University Press.
- Alegría, M., Álvarez, K., & DiMarzio, K. (2017). Immigration and Mental Health. *Current epidemiology reports*, 4(2), 145-155. <https://doi.org/10.1007/s40471-017-0111-2>
- Anderson, J. E., & Lowen, C. A. (2010). Connecting youth with health services. *Canadian Family Physician*, 56(8), 778-784.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3 Suppl), 68-79.
- Asanin, J., & Wilson, K. (2008). "I spent nine years looking for a doctor" : Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1271-1283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.043>

- Audet, M.-P., & Drolet, M. (2014). Les services en santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), 190. <https://doi.org/10.7202/1027592ar>
- Babbie, E. R. (2004). *The practice of social research* (10th ed). Thomson/Wadsworth.
- Banting, K., & Soroka, S. (2020). A Distinctive Culture? The Sources of Public Support for Immigration in Canada, 1980–2019. *Canadian Journal of Political Science*, 1-18. <https://doi.org/10.1017/S0008423920000530>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1016748ar>
- Bernier, C. (1995). Femmes et ethnicité en Ontario français : Limites des convergences théoriques des discours de l'identité. *Recherches féministes*, 8(2), 47-66. <https://doi.org/10.7202/057845ar>
- Bernier, D. (1993). Le stress des réfugiés et ses implications pour la pratique et la formation. *Service social*, 42(1), 81. <https://doi.org/10.7202/706601ar>
- Blanc, M.-E., & Monnais, L. (2007). Culture, immigration et santé. La consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal. *Revue européenne des migrations internationales*, 23(vol. 23-n°3), 151-176.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-00996693>
- Bouchard, L. (2011). Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire : Les représentations des acteurs sur l'avenir des services: Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 48(2), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2011.01262.x>
- Bouchard, L., Batista, R., & Colman, I. (2018). Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. *Minorités linguistiques et société*, 9, 227. <https://doi.org/10.7202/1043504ar>

- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A., & Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy*, 4(4), 36-42.
- Boucher, N. (1998). L'intervention interculturelle par Gisèle Legault et collab., Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2000, 364 pages. *Service social*, 47(3-4), 349. <https://doi.org/10.7202/706805ar>
- Boudebat, B., & Ebrahimi, P. (2017). L'intégration économique des jeunes issus de l'immigration au Québec et au Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 45(2), 121-144. <https://doi.org/10.7202/1040392ar>
- Boudreau, F. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : Droits et besoins des francophones de Toronto. *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5(2), 123-154. <https://doi.org/10.7202/026273ar>
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif : Théorie et pratique* (2e édition). Presses de l'Université du Québec.
- Bowen, S. (2001). *Language barriers in access to health care*.
- Brito, O., & Pesce, S. (2015). De la recherche qualitative à la recherche sensible. *Spécificités*, 8(2), 1. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0001>
- Caratini, S. (2012). *Les non-dits de l'anthropologie* (Deuxième édition remaniée, actualisée et augmentée). Éditions Thierry Marchaisse.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., DeTrinidad Young, M.-E., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36, 375-392. <http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Chen, A. W., Kazanjian, A., & Wong, H. (2008). Determinants of Mental Health Consultations Among Recent Chinese Immigrants in British Columbia, Canada : Implications for Mental Health Risk and Access to Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(6), 529-540. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9143-5>
- Cleaver, S. R., Carvajal, J. K., & Sheppard, P. S. (2016). L'humilité culturelle : Une façon de penser pour orienter la pratique à l'échelle mondiale. *Physiotherapy Canada*, 68(1), 2-4. <https://doi.org/10.3138/ptc.68.1.GEF>
- Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71. <https://doi.org/10.7202/032248ar>

- Cohen-Emerique, M. (2015). *Pour une approche interculturelle en travail social*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.cohen.2015.01>
- Conseil de planification sociale d'Ottawa. (2010). *Profil de la communauté francophone à Ottawa selon le recensement de 2006—Selon le recensement de 2006* (p. 27).
- Corbeil, J.-P., Lafrenière, S., Canada, Canadian Heritage, Official Languages Secretariat, Statistics Canada, & Social and Aboriginal Statistics Division. (2010). *Portrait of official-language minorities in Canada : Francophones in Ontario*. Statistics Canada, Social and Aboriginal Statistics Division.
- Cossette, A. N. (2012). L'intégration socio-scolaire des adolescents immigrants : Facteurs influents et implications pour l'intervention. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 29(2), 247-261.
- Craig, T., Jajua, P. M., & Warfa, N. (2009). *Mental health care needs of refugees*. 4.
- d'Arripe, A., Oboeuf, A., & Routier, C. (2014). L'approche inductive : Cinq facteurs propices à son émergence. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 1(1), 96-124. <https://doi.org/10.7202/1025747ar>
- d'Halluin, E. (2009). La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, 1282, 66-75.
- de Rosa, A. S. (1994). From theory to metatheory in social representations: The lines of argument of a theoretical-methodological debate. *Social Science Information*, 33(2), 273-304. <https://doi.org/10.1177/053901894033002008>
- de Rosa, A. S. (2012). *Social Representations in the « Social Arena »* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203102138>
- de Rosa, A. S., & Arhiri, L. (2020). The Anthropological and Ethnographic Approaches to Social Representations Theory – an Empirical Meta-Theoretical Analysis. *Integrative Psychological and Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1007/s12124-020-09559-8>
- Deen, N. (2002). Les jeunes nouveaux immigrants dans les sociétés européennes : Implications pour l'éducation et le conseil. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 31/2, Article 31/2. <http://journals.openedition.org/osp/4767>
- Deroche, F. C. M. (1994). Les services de santé offerts en français en Ontario. *Healthcare Management Forum*, 7(2), 13-20. [https://doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)61052-6](https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)61052-6)

- DesMeules, M., Gold, J., McDermott, S., Cao, Z., Payne, J., Lafrance, B., Vissandjée, B., Kliwer, E., & Mao, Y. (2005). Disparities in Mortality Patterns Among Canadian Immigrants and Refugees, 1980–1998 : Results of a National Cohort Study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 7(4), 221-232. <https://doi.org/10.1007/s10903-005-5118-y>
- Doise, W. (2003). *10. Attitudes et représentations sociales: Vol. 7e éd.* Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-240.htm>
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S., & Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : Des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 32(1/2), 5-26.
- Drolet, M., Dubouloz, C.-J., & Benoît, J. (2014). L'accès aux services sociaux et de santé en français et la formation des professionnelles et des professionnels en situation francophone minoritaire canadienne. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), 10. <https://doi.org/10.7202/1027584ar>
- Ehrenberg, A. (2011). *La fatigue d'être soi : Dépression et société.* Jacob.
- Ellis, B. H., Miller, A. B., Baldwin, H., & Abdi, S. (2011). New Directions in Refugee Youth Mental Health Services : Overcoming Barriers to Engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 69-85. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545047>
- Ertorer, S. E. (2016). Acculturating into the Canadian society : A case of Karen refugees. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 42(11), 1864-1884. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2015.1128809>
- Fang, M. L., Goldner, E. M., Fang, M. L., & Goldner, E. M. (2011). *Transitioning into the Canadian workplace: Challenges of immigrants and its effect on mental health.* <https://www.scienceopen.com/document?vid=3f3693ee-f8d8-4709-a674-8c7f7453c51b>
- Flores, G., Abreu, M., Schwartz, I., & Hill, M. (2000). The importance of language and culture in pediatric care : Case studies from the Latino community. *The Journal of Pediatrics*, 137(6), 842-848. <https://doi.org/10.1067/mpd.2000.109150>
- Foucault, M. (2007). *Histoire de la folie à l'âge classique.* Gallimard.

- Fourot, A.-C. (2016). Redessiner les espaces francophones au présent : La prise en compte de l'immigration dans la recherche sur les francophonies minoritaires au Canada. *Politique et Sociétés*, 35(1), 25-48. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1035791ar>
- Gaboreau, F., Negura, L., & Moreau, N. (2018). Les enjeux intersectionnels de la demande de services de santé mentale au Canada : La situation des jeunes femmes dépressives francophones. *Canadian Social Work Review*, 35(1), 27. <https://doi.org/10.7202/1051101ar>
- Gagnon, A. J. (2002). *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=40_f&op=pdf&app=Library
- Gakobwa, B. (2018). « *Malgré tout elle est leur mère* » : Jeunes immigrants d'origine africaine proches aidants auprès d'un parent ayant un trouble de santé mentale.
- Gallant, N. (2010). Communautés francophones en milieu minoritaire et immigrants : Entre ouverture et inclusion. *Revue du Nouvel-Ontario*, 35-36, 69. <https://doi.org/10.7202/1005966ar>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2010, avril 6). *Portrait statistique de la population immigrante de langue française à l'extérieur du Québec (1991 à 2006)*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-641-X>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2017, février 8). *Série « Perspective géographique », Recensement de 2016—Région métropolitaine de recensement de Ottawa—Gatineau*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-cma-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CMA&GC=505&TOPIC=7>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2019, mai 8). *Un portrait des jeunes Canadiens : Une mise à jour (mars 2019)*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2019003-fra.htm>
- Green, J. (2006). Annotation : The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01516.x>
- Grenon, V., Larose, F., & Carignan, I. (2013). Réflexions méthodologiques sur l'étude des représentations sociales : Rétrospectives de recherches antérieures. *Phronesis*, 2(2-3), 43-49. <https://doi.org/10.7202/1018072ar>

- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people : A systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hamilton, H. A., Noh, S., & Adlaf, E. M. (2009). Adolescent Risk Behaviours and Psychological Distress across Immigrant Generations. *Canadian Journal of Public Health*, *100*(3), 221-225. <https://doi.org/10.1007/BF03405545>
- Hare, F. G. (2007). Transition without status : The experience of youth leaving care without Canadian citizenship. *New Directions for Youth Development*, *2007*(113), 77-88. <https://doi.org/10.1002/yd.202>
- Hodes, M. (2001). Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ : British Medical Journal*, *323*(7306), 229.
- Houle, R., Pereira, D., & Corbeil, J.-P. (2014). *Statistical Portrait of the French-speaking Immigrant Population*. 102.
- Hsu, L., & Alden, L. E. (2008). Cultural influences on willingness to seek treatment for social anxiety in Chinese- and European-heritage students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *14*(3), 215-223. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.3.215>
- Hyman, I. (2009). *Racism as a determinant of immigrant health*. 19.
- Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2006). *Plan stratégique pour favoriser l'immigration au sein des communautés francophones en situation minoritaire*.
- Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2019). *Rapport Annuel au Parlement sur l'immigration 2019*. 44.
- Irwin, R. (2007). Culture shock : Negotiating feelings in the field. *Anthropology Matters*, *9*(1). <https://doi.org/10.22582/am.v9i1.64>
- Islam, F., Link to external site, this link will open in a new window, Khanlou, N., Macpherson, A., & Tamim, H. (2018). Mental Health Consultation Among Ontario's Immigrant Populations. *Community Mental Health Journal; New York*, *54*(5), 579-589. <http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s10597-017-0210-z>
- Islam, F., Multani, A., Hynie, M., Shakya, Y., & McKenzie, K. (2017). Mental health of South Asian youth in Peel Region, Toronto, Canada : A qualitative study of determinants, coping strategies and service access. *BMJ Open*, *7*(11), e018265. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018265>

- Jacquet, M., & Masinda, M. T. (2014). Réflexions sur la notion d'intégration scolaire des jeunes immigrants. *International Journal of Canadian Studies*, 50, 277-296. <https://doi.org/10.3138/ijcs.2014.015>
- Jarvis, G. É. (2017). Négocier les différences culturelles et langagières en milieu hospitalier. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(6), 567-572. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.05.001>
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : Phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici (Éd.), *Psychologie sociale* (2^e éd., p. 357-378). Presses universitaires de France,.
- Jodelet, D. (1989a). *Folies et représentations sociales*. Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030110944>
- Jodelet, D. (1989b). *Les représentations sociales : Un domaine en expansion* (p. 45-78). <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>
- Jodelet, D. (Éd.). (1997). *Les représentations sociales* (5. ed). Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2006a). "Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales". Dans *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations* (p. 235-255). Les Presses universitaires de Rennes.
- Jodelet, D. (2006b). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1(1), 219-239.
- Jodelet, D. (2008). Social Representations : The Beautiful Invention. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 411-430. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2008.00383.x>
- Jodelet, D. (2017). *Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social*.
- Jodelet, D., & Kalampalikis, N. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie*. Éditions des Archives contemporaines.
- Jovelin, E. (2011). Les jeunes issus de l'immigration confrontés à la discrimination. *Hommes & migrations*, 1292, 104-113. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.975>
- Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective sociogénétique des représentations sociales. Dans G. L. Monaco, S. Delouée, & P. Rateau, *Les représentations sociales*. De Boeck.
- Kaltman, S., Pauk, J., & Alter, C. L. (2011). Meeting the mental health needs of low-income immigrants in primary care : A community adaptation of an evidence-based model.

- American Journal of Orthopsychiatry*, 81(4), 543-551. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01125.x>
- Khanlou, N., & Guruge, S. (2008). *Refugee youth, gender, and identity : On the margins of mental health promotion* (p. 173-179).
- Khanlou, Nazilla. (2010). Migrant Mental Health in Canada1. *Canadian Issues; Montreal*, 9-16.
- Khanlou, Nazilla, & Crawford, C. (2006). Post-Migratory Experiences of Newcomer Female Youth : Self-Esteem and Identity Development. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8(1), 45-56. <https://doi.org/10.1007/s10903-006-6341-x>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K., & for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees : General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kirmayer, Laurence J, Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J.-C., & Young, A. (2007). Use of Health Care Services for Psychological Distress by Immigrants in an Urban Multicultural Milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295-304. <https://doi.org/10.1177/070674370705200504>
- Kisely, S., Smith, M., Lawrence, D., Cox, M., Campbell, L. A., & Maaten, S. (2007). Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 176(6), 779-784. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060482>
- Kouyé, J.-M., & Soulière, M. (2018). Le parcours d'intégration socioéconomique des nouveaux arrivants francophones à Ottawa : Quels effets sur la santé? *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 24(1), 127. <https://doi.org/10.7202/1051523ar>
- Kravitz, R. L., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Rochlen, A. B., Bell, R. A., Cipri, C., Garcia, E. F., Feldman, M. D., & Duberstein, P. (2011). Relational Barriers to Depression Help-Seeking in Primary Care. *Patient education and counseling*, 82(2), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.007>
- Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L., & Vaillancourt, C. (2013). Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le

- vécu de la grossesse. *Canadian Journal of Public Health*, 104(6), S65-S70.
<https://doi.org/10.17269/cjph.104.3515>
- Lacroix, J. (2014). *Le parcours en emploi des immigrantes sélectionnées au Québec : Quelles différences avec leurs homologues masculins ?*
<http://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11135>
- Lacroix, M. (2004). Les demandeurs d'asile au Canada : Quelques enjeux pour la pratique du travail social. *Service social*, 51(1), 45-59. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/012711ar>
- Lagacé, M., Charmarkeh, H., & Grandena, F. (2012). Cultural Perceptions of Aging: The Perspective of Somali Canadians in Ottawa. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(4), 409-424. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9180-3>
- Lebrun, L. A. (2009). Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Canadian Ethnic Studies; Calgary*, 41/42(3-1), 247-260.
- Leclerc, A., & Lombrail, P. (2000). Accès aux soins. Dans D. Fassin (Éd.), *Les inégalités sociales de santé*. Découverte ; Inserm.
- Legault, M.-J. (2005). Les francophones d'Ottawa : Une communauté diverse. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 11(1), 165. <https://doi.org/10.7202/013063ar>
- Levesque, A., & Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 5(1), 69-82.
- Lévesque, M., Negura, L., Moreau, N., & Laflamme-Lagoke, M. (2018). L'influence de l'identité linguistique et de l'âge sur la représentation sociale des services de santé mentale chez les personnes dites dépressives. *Minorités linguistiques et société*, 9, 118. <https://doi.org/10.7202/1043499ar>
- Lo Monaco, G., & Lheureux, F. (2007). Représentations sociales : Théorie du noyau central et méthodes d'étude. *Revue Electronique de Psychologie Sociale*, 1-55.
- Lou, Y., & Beaujot, R. (2005). What Happens to the 'Healthy Immigrant Effect' : The Mental Health of Immigrants to Canada. " *PSC Discussion Papers Series*, 19(15), 28.
- Manço, A. (2016). Psychologie et migration : Orientations dans le domaine de la santé mentale. *Soigner l'Autre en contexte interculturel*, 14.
- Marková, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Presses universitaires de France.

- Marková, I. (2011). L'influence et la dialogicité. *Bulletin de psychologie, Numéro 515(5)*, 391-398.
- Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., & Martorell-Poveda, M. A. (2014a). Non-professional-help-seeking among young people with depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 14(1)*, 124. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-124>
- Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., & Martorell-Poveda, M. A. (2014b). Non-professional-help-seeking among young people with depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 14(1)*, 124. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-124>
- Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K. R., & Chinichian, M. (2007). Providing for the Sexual Health Needs of Canadian Immigrants: The Experience of Immigrants from Iran. *Canadian Journal of Public Health; Ottawa, 98(3)*, 183-186.
- Matza, D. (1969). *Becoming deviant*. Prentice-Hall.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine, 59(8)*, 1613-1627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>
- McGibbon, E. A. (Éd.). (2012). *Oppression: A social determinant of health*. Fernwood Pub.
- McKeary, M., & Newbold, B. (2010). Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *Journal of Refugee Studies, 23(4)*, 523-545. <https://doi.org/10.1093/jrs/feq038>
- Merry, L., Pelaez, S., & Edwards, N. C. (2017). Refugees, asylum-seekers and undocumented migrants and the experience of parenthood: A synthesis of the qualitative literature. *Globalization and Health, 13(1)*, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0299-4>
- Mikkonen, J., Raphael, D., Mikkonen, J., York University (Toronto, Ont.), & School of Health Policy and Management. (2011). *Déterminants sociaux de la santé: Les réalités canadiennes*.
- Ministère des Affaires civiques et de l'Immigration de l'Ontario. (2017). *Groupe d'expertes et experts sur l'immigration francophone 2015-2016: Recommandations au gouvernement sur le soutien à l'immigration francophone*. <https://www.ontario.ca/fr/page/groupe-dexpertes-et-experts-sur-limmigration-francophone-2015-2016>

- Molgat, M. (2004). Jeunes et intervention sociale. De la prévention à la sensibilité? *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 10(1-2), 10-23. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/011839ar>
- Moliner, P., Bovina, I., & Juventin, J. (2019). Ancrages et objectivations de la représentation sociale du luxe. Une comparaison France – Russie. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 123-124(3-4)*, 175-191. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cips.123.0175>
- Moliner, P., & Guimelli, C. (2015a). Chapitre 2. Les approches théoriques. Dans *Les représentations sociales* (p. 21-33). Presses universitaires de Grenoble.
- Moliner, P., & Guimelli, C. (2015b). Chapitre 3. Les méthodes. *Psycho en +*, 35-75.
- Moreau, S., Rousseau, C., & Mekki-Berrada, A. (1999). Politiques d'immigration et santé mentale des réfugiés : Profil et impact des séparations familiales. *Nouvelles pratiques sociales*, 12(1), 177-196. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/301443ar>
- Moscovici, S. (1972). *Introduction à la psychologie sociale*. 459.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales : Éléments pour une histoire. Dans D. Jodelet, *Les représentations sociales* (7^e éd., p. 79). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0079>
- Moscovici, S. (2003). Communications et représentations sociales paradoxales. Dans J.-C. Abric, *Exclusion sociale, insertion et prévention* (p. 21-24). ERES. <http://www.cairn.info/exclusion-sociale-insertion-et-prevention--9782865864423-page-21.htm>
- Moscovici, S. (2013). *Le scandale de la pensée sociale : Textes inédits sur les représentations sociales réunis et préfacés par Nikos Kalampalikis*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1883>
- Na, S., Ryder, A. G., & Kirmayer, L. J. (2016). Toward a Culturally Responsive Model of Mental Health Literacy : Facilitating Help-Seeking Among East Asian Immigrants to North America. *American Journal of Community Psychology*, 58(1-2), 211-225. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12085>
- Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and Mental Health Services : Increasing Collaboration with Other Service Providers. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 14(3), 73-76.

- 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>
- Nakhaie, M. R. (2018). Service Needs of Immigrants and Refugees. *Journal of International Migration and Integration*, 19(1), 143-160. <https://doi.org/10.1007/s12134-017-0534-0>
- Ndiaye, L., & Sombié, G. (2018). La santé mentale des jeunes en contexte linguistique minoritaire : Une étude pilote sur la configuration de l'offre de services en français dans la région sociosanitaire de Winnipeg. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, 9, 100-117. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1043498ar>
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies pratiques*, 1, 1-21.
- Negura, L. (2016). *L'intervention en sciences humaines. L'importance des représentations*. Laval (Presses de l'Université). <http://journals.openedition.org/lectures/22432>
- Negura, L., & Lavoie, C. (2016). La pensée sociale et professionnelle dans l'action : L'intervention au carrefour des représentations. Dans *Intervention en sciences humaines. L'importance des représentations*. Presses de l'Université Laval.
- Newbold, K. B. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population : Risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1359-1370. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.048>
- Ng, E., & Omariba, W. (2011). *Is there a Healthy Immigrant Effect in Mental Health ? Evidences from Population-Based Health Surveys in Canada*. 6.
- Nichols, L., Ha, B., & Tyyskä, V. (2019). Canadian Immigrant Youth and the Education-Employment Nexus. *Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de La Jeunesse*, 12(1), 178-199. <https://doi.org/10.29173/cjfy29497>
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 399-417. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004>
- Nils, F., & Rimé, B. (2003). L'interview. Dans S. Moscovici & F. Buschini (Éds.), *Les méthodes des sciences humaines*. Presses universitaires de France.

- Novo, A., & Woestelandt, L. (2017). Recherches qualitatives; grounded theory/théorisation ancrée, ses évolutions, sa méthodologie, son application dans la recherche médicale et psychanalytique. *Perspectives Psy*, Vol. 56(1), 66-80.
- Nyika, L., McPherson, C., & Murray-Orr, A. (2017). Immigrant youth in canadian health promoting schools : a literature review. *McGill Journal of Education / Revue Des Sciences de l'éducation de McGill*, 52(2), 509-524. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1044478ar>
- Omidvar, R., Richmond, T., & Laidlaw Foundation. (2003). *Immigrant settlement and social inclusion in Canada*. Laidlaw Foundation.
- OMS. (2018). *La santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 65. <https://doi.org/10.7202/1002460ar>
- Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives*. Dans A. Mucchielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. A. Colin.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : Douze devis méthodologiques exemplaires. *Avancées En Méthodologies Qualitatives*, 27(2), 133-151.
- Paillé, P. (2017). Une «enquête de théorisation ancrée»: Les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss. Dans B. G. Glaser & A. L. Strauss (Éds.), *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Parent, C., & Saint-Jacques, M.-C. (1999). LES DEUX SOLITUDES DU SERVICE SOCIAL : La recherche et la pratique. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 16(1), 65-85. JSTOR.
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived Discrimination and Health : A Meta-Analytic Review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531-554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

- Pfarrwaller, E., & Suris, J.-C. (2012). Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees : A review of the literature. *Italian Journal of Public Health*, 9(3), Article 3. <https://doi.org/10.2427/7529>
- Picard, L., & Allaire, G. (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Sudbury, Institut franco-ontarien et Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique.
- Picot, W. G., & Hou, F. (2003). *The rise in low-income rates among immigrants in Canada*.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. *Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi*, 88.
- Pollock, G., Newbold, K. B., Lafrenière, G., & Edge, S. (2012). Discrimination in the Doctor's Office: *Critical Social Work*, 13(2). <https://doi.org/10.22329/csw.v13i2.5866>
- Potvin, M., Audet, G., & Bilodeau, A. (2013). L'expérience scolaire d'élèves issus de l'immigration dans trois écoles pluriethniques de Montréal. *Revue des sciences de l'éducation*, 39(3), 515-545. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1026311ar>
- Power, M., Larocque, F., & Nolette, A. (2014). La Loi sur les services en français à 25 ans : Constats et propositions. *Revue du Nouvel-Ontario*, 39, 11. <https://doi.org/10.7202/1027466ar>
- Proust, M. (1947). La prisonnière (Deuxième partie). Dans *À la recherche du temps perdu* (Vol. 448). La Bibliothèque électronique du Québec.
- Quell, C. (1998). Citizenship Concepts among Francophone Immigrants in Ontario. *Canadian Ethnic Studies/Etudes Ethniques Au Canada*, 30(3), 173-189.
- Quesnel-Vallée, A., Setia, M. S., Abrahamowicz, M., Tousignant, P., & Lynch, J. (2011). Access of Health Care in Canadian Immigrants : A longitudinal study of the national population health survey. *Health & social care in the community*, 19(1), 70-79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00950.x>
- Rateau, P., & Lo Monaco, G. (2013). La Théorie des Représentations Sociales : Orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *CES Psicología*, 6, 1-21.
- Reitz, J. G. (2007). Immigrant Employment Success in Canada, Part II: Understanding the Decline. *Journal of International Migration and Integration / Revue de l'integration et de La Migration Internationale*, 8(1), 37-62. <https://doi.org/10.1007/s12134-007-0002-3>

- René, F.-F., & Dubé, M. (2014). Chapitre 10 La recherche en travail social. Dans J.-P. Deslauriers & D. Turcotte, *Introduction au travail social*. <http://site.ebrary.com/id/10861788>
- Richter, S., Yohani, S., Vallianatos, H., & Higginbottom, G. (2020). Health literacy as a determinant of healthy eating and active living in Canadian immigrant youth. *Health Promotion International*, 11. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa053>
- Rivest, M.-P., & Moreau, N. (2015). Between Emancipatory Practice and Disciplinary Interventions : Empowerment and Contemporary Social Normativity. *British Journal of Social Work*, 45(6), 1855-1870. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu017>
- Robert, A.-M., Canada, Citizenship and Immigration Canada, & Direction générale de la recherche et de l'évaluation. (2013). *Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Observations tirées de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada : sommaire*. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/liste_hebdomadaire/2013/electronique/w13-28-U-F.html/collections/collection_2013/cic/Ci4-105-1-2013-fra.pdf
- Rothman, S., Gunturu, S., & Korenis, P. (2020). The mental health impact of the COVID-19 epidemic on immigrants and racial and ethnic minorities. *QJM: An International Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa203>
- Rousseau, C., & Drapeau, A. (2004). Premigration Exposure to Political Violence Among Independent Immigrants and Its Association With Emotional Distress: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 852-856. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146740.66351.23>
- Rousseau, C., ter Kuile, S., Munoz, M., Nadeau, L., Ouimet, M.-J., Kirmayer, L., & Crépeau, F. (2008). Health care access for refugees and immigrants with precarious status : Public health and human right challenges. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 99(4), 290-292.
- Salehi, R. (2010). Intersection of Health, Immigration, and Youth : A Systematic Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(5), 788-797. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9247-6>
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, N. K., Lamkaddem, M., Puigpinós i Riera, R., Kósa, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Priebe, S. (2013). Experiences

- with treating immigrants : A qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105-116. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3>
- Santé Publique Ottawa. (2019, octobre 18). *Santé mentale*. <http://www.ottawapublichealth.ca/fr/public-health-topics/mental-health.aspx>
- Saunders, N. R., Gill, P. J., Holder, L., Vigod, S., Kurdyak, P., Gandhi, S., & Guttman, A. (2018). Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada : A population-based study. *CMAJ*, 190(40), E1183-E1191. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180277>
- Shim, R. S., Kho, C. E., & Murray-García, J. (2018). Inequities in Mental Health and Mental Health Care : A Review and Future Directions. *Psychiatric Annals; Thorofare*, 48(3), 138-142. <http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3928/00485713-20180213-01>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery : Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Social Planning Council of Ottawa. (2010). *Profil de la communauté francophone à Ottawa selon le recensement de 2006*. Conseil de planification sociale d'Ottawa. <http://www.deslibris.ca/ID/225611>
- Spitzer, D. L. (2012). *Oppression and Im/migrant Health in Canada*. https://www.academia.edu/17885779/Oppression_and_Im_migrant_Health_in_Canada
- Stewart, M., Anderson, J., Beiser, M., Mwakarimba, E., Neufeld, A., Simich, L., & Spitzer, D. (2008). Multicultural Meanings of Social Support among Immigrants and Refugees. *International Migration*, 46(3), 123-159. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2008.00464.x>
- Teghtsoonian, K. (2009). Depression and mental health in neoliberal times : A critical analysis of policy and discourse. *Social Science & Medicine*, 69(1), 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.037>
- Vaillancourt, C., & Lacaze-Masmonteil, T. (2009). Étude de l'impact de déterminants psychosocio-environnementaux sur la santé physique et mentale des femmes enceintes vivant dans

- un contexte linguistique et culturel minoritaire. *Francophonies d'Amérique*, 28, 71-90.
<https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/044983ar>
- Van der Maren, J.-M. (2003). *La recherche appliquée en pédagogie : Des modèles pour l'enseignement* /. De Boeck., <https://educ.info/xmlui/handle/11515/16999>
- Vang, Z., Sigouin, J., Flenon, A., & Gagnon, A. (2016). L'effet de la sélection de l'immigrant en bonne santé au Canada : Une revue systématique. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail*, 3(2).
<https://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss2/6>
- Vatz Laaroussi, M., Pépin, L., & Rachédi, L. (2002a). *Accompagner des familles immigrantes : Paroles de familles, principes d'intervention et moyens d'action*. Université de Sherbrooke.
- Vatz Laaroussi, M., Pépin, L., & Rachédi, L. (2002b). *Accompagner des familles immigrantes : Paroles de familles, principes d'intervention et moyens d'action*. Université de Sherbrooke.
- Vatz-Laaroussi, M. (2007). *La recherche qualitative interculturelle : Une recherche engagée ?* 2-13.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
- Wagner, W., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Markova, I., Duveen, G., & Rose, D. (1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00028>
- Wang, L. (2007). Immigration, ethnicity, and accessibility to culturally diverse family physicians. *Health & Place*, 13(3), 656-671. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.10.001>
- Westhues, A., Cadell, S., Karabanow, J., Maxwell, L., & Sanchez, M. (1999). The creation of knowledge : Linking Research Paradigms to Practice. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 16(2), 129-154. JSTOR.
- Whitley, R., Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2006). Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services : A Qualitative Study from Montreal. *Can J Psychiatry*, 51(4), 5.

- Wood, J., & Newbold, K. B. (2012). Provider Perspectives on Barriers and Strategies for Achieving Culturally Sensitive Mental Health Services for Immigrants: A Hamilton, Ontario Case Study. *Journal of International Migration and Integration; Dordrecht*, 13(3), 383-397. <http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s12134-011-0215-3>
- Wu, Z., Penning, M. J., & Schimmele, C. M. (2005). Immigrant Status and Unmet Health Care Needs. *Canadian Journal of Public Health; Ottawa*, 96(5), 369-373.
- Young, M. (1996). Acculturation, identité et bien-être : L'ajustement de réfugiées somaliennes. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 271-290. <https://doi.org/10.7202/032391ar>
- Yusuf Farah, H. (2018). *Santé mentale et accès aux services : Point de vue des immigrants francophones résidant à Ottawa*. <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/38282>

ANNEXE A

Lettre de recrutement

Venez partager vos opinions sur les services de santé mentale!

Nous cherchons des **immigrants francophones, de 16-25 ans, vivant au Canada depuis moins de 5 ans**, qui résident dans la **région d'Ottawa-Gatineau** et qui **utilisent des services communautaires** pour participer à des entrevues qui portent sur la représentation (la perception) des services de santé mentale et l'utilisation de ces services.

La présente étude implique :

- La participation des jeunes immigrants francophones à **une entrevue par vidéoconférence en ligne (Zoom, skype, Hangouts, etc.) individuelle** (environ 90 min.)

Pour plus d'informations, veuillez contacter Stefan Domaradzki* sdoma045@uottawa.ca

La sélection s'effectuera selon premier arrivé, premier servi.

*Stefan Domaradzki est étudiant en maîtrise à l'École de service social, Université d'Ottawa, sous la supervision de professeure Corinne Buhay. Ce projet a reçu l'approbation des Comités d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa.


ANNEXE B

Guide d'entrevues semi-dirigées pour les participants

Entrevue : La représentation sociale de services de santé mentale

- Comment définissez-vous un service de santé mentale...la santé mentale?
- Avez-vous des expériences d'utilisation des services de santé mentale? Si oui, accepteriez-vous de les partager, dans quelles circonstances?
- Que connaissez-vous des services de santé mentale ? votre expérience
- Quelles pourraient être les raisons d'utilisation des services
Comment comprenez-vous la relation professionnelle avec des intervenants de services de santé mentale?

Formulaire de consentement pour les participants

 <p>uOttawa L'Université canadienne Canada's university</p> <p>Université d'Ottawa</p> <p>Faculté des sciences sociales</p> <p>École de service social</p> <p>University of Ottawa</p> <p>Faculty of Social Sciences</p> <p>School of Social Work</p> <p>www.uOttawa.ca</p>	<p>Formulaire de consentement : INVITATION À PARTICIPER À UNE ENTREVUE INDIVIDUELLE EN LIGNE</p> <p>Titre du projet: LA REPRÉSENTATION SOCIALE PAR RAPPORT AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE DES JEUNES IMMIGRANTS FRANCOPHONES D'OTTAWA.</p> <p>Chercheur : Stefan Domaradzki, candidat à la maîtrise, faculté des sciences sociales, école de service social, sdoma045@uottawa.ca</p> <p>Superviseure : Corinne Buhay, école de service social, faculté des sciences sociales, 120 Universités, 12^e étage, bureau 12042 Ottawa, Ontario K1N6N5 : csimeoni@uottawa.ca - 613-562-5494.</p> <p>***** *****</p> <p>Je suis invité(e) à participer à la recherche nommée ci-haut qui est menée par Stefan Domaradzki, candidat à la maîtrise et chercheur en service social et supervisé par professeure Corinne Buhay.</p> <p>Le but de l'étude est d'explorer les perceptions et représentations des services de santé mentale chez les jeunes immigrants francophones d'Ottawa au sein d'une entrevue individuelle.</p> <p>Ma participation consistera essentiellement à participer à une entrevue par vidéoconférence en ligne (Zoom, skype, Hangouts, etc.) individuelle de 60 minutes environ pendant lequel des questions liées avec la recherche ci-haut seront posées.</p> <p>Cette entrevue sera réalisée par vidéoconférence en ligne (Zoom, skype, Hangouts, etc.) de votre choix. Les thèmes abordés dans le guide dans l'entrevue sont les suivants: les services de santé mentale, l'utilisation des services de santé mentale, les raisons d'utilisation des services, la relation professionnelle avec des intervenants de services de santé mentale et la santé mentale. De plus, j'accepte que l'entrevue soit enregistrée avec mon consentement.</p> <p>Risques: Je comprends que puisque ma participation à cette recherche implique que je donne de l'information personnelle, il est possible qu'elle crée de l'inconfort émotionnel ou psychologique pour moi-même. Toutefois, j'ai reçu l'assurance du chercheur que tout se fait en vue de minimiser ces risques tout en sachant que le chercheur est un travailleur social avec plus de six années d'expériences professionnelles auprès des jeunes et qui me fournira une liste de ressources communautaires. Par ailleurs, je peux me retirer de la</p>
---	--

recherche à tout moment sans aucune justification et sans nuisance quant aux services utilisés.

Bienfaits: Ma participation contribuera à mettre au jour l'impact des perceptions et représentations des services de santé mentale et de mettre en relief les obstacles de l'accès à ces services. Ma participation pourra contribuer à améliorer les pratiques et services. L'entrevue me permettra également d'avoir un espace pour parler, partager non seulement mes expériences, mais aussi de donner mon point de vue sur la question. Ma participation pourra également agir comme activité divertissante et briser l'isolement causé par le confinement au temps du coronavirus. Par ailleurs, l'avancement des connaissances en travail social et des pratiques culturelles de cette profession sera grandement favorisé.

Confidentialité et anonymat: J'ai l'assurance du chercheur que l'information que je partagerai avec lui restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour ce projet et selon le respect de la confidentialité des données qui seront gardées, conservées et détruites plus tard par le chercheur suivant une procédure stricte mentionnée ci-dessous. L'anonymat est garanti de la façon suivante : les noms des participantes seront remplacés par des numéros et leur identité ne sera jamais révélée.

Toutes les données seront gardées dans un bureau verrouillé (sous clé) dont seuls Stefan Domaradzki et professeure Corinne Buhay auront accès.

Conservation des données: Il est important de noter que l'audio de l'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone électronique ainsi que par un logiciel intégré à l'ordinateur. Les paroles seront transcrites par la suite. Seulement Stefan Domaradzki (chercheur) et sa superviseure auront accès aux enregistrements et aux transcriptions. Ces données, qui seront sauvegardées dans un fichier (ayant un mot de passe) inclus sur une clé USB (ayant un mot de passe) sur un ordinateur (ayant un mot de passe), et ainsi que les formulaires de consentement, la lettre d'invitation, l'engagement de confidentialité et les notes d'observation en version papier, seront conservés sous clé dans le bureau du directeur de thèse, professeure Corinne Buhay pendant 5 ans. L'ordinateur, la clé USB et le fichier se rapportant aux données comportent des mots de passe pour y avoir accès. Après, elles seront supprimées de façon sécuritaire et déchiquetées.

Participation volontaire: Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer, en tout temps peu importe la raison, et/ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives qui pourraient avoir des répercussions sur mon accès et mon utilisation des services. Ma décision de participer ou non à la recherche, ou de m'en retirer n'affectera pas l'accès ou l'utilisation des services que je reçois maintenant ou à l'avenir. Si je décide de me retirer de l'étude, les données recueillies lors de ma participation seront détruites à moins que je consente à ce que celles-ci soient utilisées pour la recherche.

Acceptation: Je, _____ accepte de participer à cette recherche menée par Stefan Domaradzki étudiant à la maîtrise en service social de la faculté des sciences sociales de l'Université d'Ottawa, supervisée par la professeure Corinne Buhay de l'Université d'Ottawa.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec le chercheur ou son superviseur. Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Il y a deux exemplaires du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant: *(Signature)*

Date: *(Date)*

Signature du chercheur: *(Signature)*

Date: *(Date)*

Liste de ressources Ado



Intervention de crise

- Le Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa – services de crise intégrés: service aux jeunes âgés de 18 ans et moins qui vivent une situation de crise ainsi que ceux parents, tuteurs, gardiens, ou fournisseurs de services qui sont inquiets au sujet d'une jeune personne. 613.260.2369 ou 1.877.377.7776 www.ottawa.ca
- Le CALACS francophone d'Ottawa: services multilingues aux femmes qui sont ou risquent d'être victimes d'agressions à caractère sexuel. 613.789.8098 www.cf.acs.ca
- Jeunesse: l'écouter, l'écouter, l'écouter: ligne téléphonique anonyme disponible 24 heures par jour, services de référence ainsi qu'un service internet pour enfants et adolescents (613-1.800.668.8888) www.jeunesse.ca
- Ligne de crise en santé mentale: service téléphonique anonyme disponible 24 heures par jour, offre de services multilingues et est ouverte pour les individus de 16 ans et plus. 613.222.6944; à l'extérieur d'Ottawa: 1.800.396.0991 www.ottawa.ca
- Police d'Ottawa: 613.226.1222 ou en cas d'urgence composez le 9-1-1 www.ottawa.ca
- Programme d'intervention en situation de crise – situé au département d'urgence à CHEO: évaluation de risque en santé mentale (7 ans et moins) www.cheo.ca
- Tel-Aide Ottawa: service d'écoute téléphonique anonyme et confidentiel qui répond à vos questions, renseignements et conseils de la ville d'Ottawa ainsi que des services québécois. 613.741.6433, 1.800.567.0899 ou 819.776.3223 www.tel-aide-ottawa.com

Counseling et soutien

- Le Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa: services d'intervention visant à résoudre et offrir un soutien en cas de crise par des conseillers (et/ou spécialistes) en intervention auprès des jeunes et de la famille. 613.682.2004, après les heures de bureau 613.260.2369 ou 1.877.377.7776 – Service sans rendez-vous disponible tous les week-ends et jours fériés. Site en 2007 en Français. www.ottawa.ca
- Centre Psychosocial: service francophone de soutien mental pour les enfants, les jeunes et leurs familles de la grande région d'Ottawa. 613.799.2240 www.cpsoc.on.ca
- RéseauAdo YouthNet: programme de promotion de la santé mentale et de soutien psychosocial. 613.738.2536
*Pour connaître des services additionnels, veuillez composer le 3-1-1 et/ou votre Centre de santé ressources communautaires ou www.ottawa.ca
- La clinique de co-counseling sans rendez-vous <https://wellnesscounseling.com/fr>

Services en dépendances

- Centre de santé communautaire Côte-de-Sable - Services de dépendance et santé mentale: services de consultation confidentiels aux individus, couples, familles et communautés visés pour aider par un professionnel dépendance, abus de troubles concomitants. 613.789.8941 www.csdsc.ca
- Jeunes: la programmation jeunesse offre des services variés afin d'offrir la meilleure intervention possible au jeune concerné(e). 619.776.5554 www.ottawa.ca
- Maison Franklin: aide psychosociale et soutien pour jeunes de 12 à 18 ans aux prises avec un problème de toxicomanie et/ou alcool. 613.741.2523 www.maisonfranklin.ca
- Mari-Agnès: groupe de soutien pour membres de la famille et/ou amis d'individus souffrant de problèmes de consommation de drogues. 1.877.239.9096 www.mariagnes.ca
- Services d'accès et d'appui en toxicomanie d'Ottawa: services de santé aux personnes qui sont préoccupées par leur consommation d'alcool ou de drogues et qui ont besoin d'aide (811) 613.241.5202 <http://www.sacs.ca>

Santé sexuelle

- Centre de santé sexuelle: information personnelle et confidentielle sur les options en matière de contraception, gestion de grossesse, infections sexuellement transmissibles, services de la clinique et soutien pour les adolescents. 613.224.4641 www.ottawa.ca (français et anglais de santé sexuelle)
- Gay Zone: club de célibat et de rencontres de santé sexuelle, ainsi que des événements de promotion de la santé et d'éducation pour les hommes g.e.s. 613.586.2810 www.gayzone.ca
- Planed Par Amis: services éducatifs, de consultation et de référence dans le but d'aider les individus à prendre des choix de santé sexuelle à leur époque de conception et de santé sexuelle. 613.226.3224 www.ppadaw.ca

Emploi

- Centre de services Canada pour les jeunes: services de recherche d'emploi et soutien aux jeunes âgés de 15-30 ans. 1.800.386.6866 www.csc.gc.ca
- Connexion emploi: assistance en matière d'emploi pour les jeunes offerts en partenariat avec plusieurs ressources dans la ville d'Ottawa – afin de trouver le bureau le plus près de chez vous. Voir le site web: www.emploi18-30.ca
- Ville d'Ottawa: aide financière, éducative et aide à l'emploi – programmes et lieux spécifiques aux jeunes sont disponibles. 613.660.6000 www.ottawa.ca

Logement et abris d'urgence

- Le Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa:
 - Logement d'urgence et de transition pour jeunes femmes Evelyn Home: logement d'urgence disponible 24 heures par jour pour jeunes femmes âgées de 12-20 ans. 613.789.8229 www.ottawa.ca
 - Abris d'urgence et de transition pour jeunes hommes: logement d'urgence disponible 24 heures par jour pour jeunes hommes âgés de 12-20 ans. 613.967.8976 www.ottawa.ca
 - Services de logement à long terme: peut offrir un maximum de 65 jeunes hommes et jeunes femmes. 613.288.3343 x 223 www.ottawa.ca
- Services d'hébergement et d'appui du YMCA-YWCA: bureau d'hébergement d'urgence en cas de débordement ainsi que du refuge aux femmes, familles et jeunes. 613.748.6008 www.ymca.ca
- Ville d'Ottawa: services de votre ville vers les logements et abris d'urgence à long terme. 613.660.6000 (après les heures de bureau et les fins de semaine composez le 3-1-1). www.ottawa.ca

▲ AUTRE
*Pour connaître des services additionnels, veuillez composer le 3-1-1 et/ou votre centre de santé ressources communautaires ou www.ottawa.ca

UNE LISTE DE RESSOURCES POUR LES JEUNES FRANCOPHONES D'OTTAWA
MA LISTE MA SANTÉ.CA



Certificat d'approbation éthique

04/03/2020

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-02-20-5435

Titre du projet / Project Title

LA REPRÉSENTATION
SOCIALE PAR RAPPORT AUX
SERVICES DE SANTÉ
MENTALE DES JEUNES
IMMIGRANTS
FRANCOPHONES D'OTTAWA

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)

04/03/2020

Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)

03/03/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher **Affiliation**

Stefan DOMARADZKI École de service social / School of Social Work

Corinne SIMEONI BUHAY École de service social / School of Social Work

Role

Chercheur Principal / Principal Investigator

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