Document généré le 26 avr. 2024 14:08

Minorités linguistiques et société
Linguistic Minorities and Society

L'influence de l'identité linguistique et de l'âge sur la représentation sociale des services de santé mentale chez les personnes dites dépressives

Maude Lévesque, Lilian Negura, Nicolas Moreau et Mobolaji Laflamme-Lagoke

Numéro 9, 2018

Santé mentale des jeunes des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : l'état des lieux
Youth Mental Health in Official Language Minority Communities (OLMCs) in Canada: Situation Analysis

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1043499ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1043499ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

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 / Linguistic Minorities and Society*, (9), 118–142. https://doi.org/10.7202/1043499ar

Résumé de l'article

Cet article étudie la représentation sociale des services de santé mentale chez les personnes dites dépressives en contexte francophone minoritaire au Canada. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 44 personnes s'identifiant comme francophones et anglophones. Ces dernières proviennent de Moncton, Ottawa, Sudbury et Winnipeg et ont fait l'expérience d'un épisode dépressif. L'analyse lexicographique complétée par l'analyse intégrée de contenu a fait ressortir trois grands schèmes sociocognitifs de la représentation sociale des services, qui agissent sur l'acceptabilité sociale des services de santé mentale chez les personnes francophones vivant en situation minoritaire : 1) la nature impersonnelle des compétences expertes des professionnels de la santé, 2) la facette médicale de l'identité dépressive et 3) la perte perçue du contrôle dans le contexte de soins. L'acceptabilité sociale des services de santé mentale est discutée également en fonction de la configuration de la représentation sociale des services selon l'âge.

Tous droits réservés © Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, 2018

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Minorités linguistiques et société
Linguistic Minorities and Society
Numéro 9 Number 9 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

Maude Lévesque
Université d'Ottawa

Lilian Negura
Université d'Ottawa

Nicolas Moreau
Université d'Ottawa

Mobolaji Laflamme-Lagoke
Santé Canada, gouvernement fédéral

Résumé

Cet article étudie la représentation sociale des services de santé mentale chez les personnes dites dépressives en contexte francophone minoritaire au Canada. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 44 personnes s'identifiant comme francophones et anglophones. Ces dernières proviennent de Moncton, Ottawa, Sudbury et Winnipeg et ont fait l'expérience d'un épisode dépressif. L'analyse lexicographique complétée par l'analyse intégrée de contenu a fait ressortir trois grands schèmes sociocognitifs de la représentation sociale des services, qui agissent sur l'acceptabilité sociale des services de santé mentale chez les personnes francophones vivant en situation minoritaire : 1) la nature impersonnelle des compétences expertes des professionnels de la santé, 2) la facette médicale de l'identité dépressive et 3) la perte perçue du contrôle dans le contexte de soins. L'acceptabilité sociale des services de santé mentale est discutée également en fonction de la configuration de la représentation sociale des services selon l'âge.

Abstract

This article studies the social representation of mental health services for depressive individuals in a Francophone minority setting in Canada. Semi-structured interviews were conducted with 44 Francophones and Anglophones from Moncton, Ottawa, Sudbury and Winnipeg who had experienced a depressive episode. The lexical analysis completed by integrated content analysis highlighted three main sociocognitive schemas of the social representation of the services, which affect the social acceptability of mental health services of Francophones living in minority settings: 1) the impersonal nature of the expertise of health professionals, 2) the medical facet of the depressive identity, and 3) the perceived loss of control in the context of care. The social acceptability of mental health services is also discussed in terms of the configuration of the social representation of services based on age.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001) prévoit que, d'ici 2020, la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité dans le monde. Dans ce contexte, il n'est donc pas étonnant qu'en 2012 11,3 % des Canadiens présentaient des symptômes dits dépressifs (Pearson, Janz et Ali, 2013). Selon une autre étude (Chomienne et coll., 2010), 14,3 % des francophones vivant en situation minoritaire ont déclaré en 2007 avoir vécu un épisode dépressif au cours de leur vie, contre 11,4 % des anglophones vivant en situation majoritaire.

Cela étant dit, les difficultés éprouvées par les francophones en contexte minoritaire au Canada ne se réduisent pas à la fréquence d'un diagnostic de dépression. En effet, depuis des décennies, la protection du français et, par conséquent, la préservation de l'identité linguistique minoritaire ont été et demeurent encore un enjeu de revendication politique et culturelle important au Canada. La lutte en faveur de la francophonie a d'ailleurs abouti à des acquis politiques et culturels historiques, notamment l'inclusion de droits linguistiques dans la Constitution canadienne et l'établissement du français comme une des deux langues officielles du Canada (Ministère de la Justice du Canada, 2016).

En dépit de ces acquis, les communautés francophones minoritaires rencontrent encore des difficultés importantes afin d'accéder de façon équitable aux services de santé en français (Bernier, 2009 ; Dupuis-Blanchard et Vézina, 2015). Ainsi, au Canada, seulement la moitié des francophones en contexte minoritaire auraient accès à des services de santé en français, et ce même après en avoir fait la demande explicite (de Moissac, Giasson, Roch-Gagné, 2015 ; Dupuis-Blanchard et Vézina, 2015).

En fonction de facteurs de vulnérabilité, des composantes comportementales peuvent faire figure de barrières additionnelles à l'accès (Stein, Andersen et Gelberg, 2007). Selon Flores (2005), le langage et l'habileté linguistique comptent parmi les facteurs déterminants de l'accès aux services de santé mentale et de la manière dont ils seront utilisés. Cette constatation est appuyée par une méta-analyse des études qui s'intéressent aux barrières présentes dans la francophonie quant à l'accessibilité et l'obtention de services de santé (Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2008).

Il faut également souligner que les minorités linguistiques souffrent en général plus souvent d'erreurs de diagnostic, d'un manque de compréhension réciproque expert-patient et présentent un plus haut taux d'insatisfaction par rapport aux services de santé mentale reçus (Bowen, Gibbens, Roy et Edwards, 2010). L'accessibilité et la disponibilité des soins ne sont donc pas suffisantes, bien que nécessaires, pour assurer une meilleure utilisation globale des services de santé mentale. En effet, selon Nelson et Park (2006), l'acceptabilité des services, définie comme « [l'a]ssentiment de la population à un projet ou à une décision résultant du jugement collectif […] » (Gendron, 2014 : 124), demeure l'enjeu le plus important chez les minorités linguistiques. Dans ce contexte, il n'est donc pas étonnant que la quantité de services prodigués en santé mentale ne soit pas nécessairement corrélée avec une

amélioration des symptômes. Ainsi, selon Roth et Crane-Ross (2002), seule la satisfaction associée aux services améliore la condition des personnes qui les consultent.

Les différences entre les groupes sociaux qui composent la minorité francophone du Canada relativement à l'accessibilité et à la perception des services de santé mentale sont très peu nuancées dans l'ensemble des recherches. Cela s'explique principalement par le fait que les études dans le domaine de la santé mentale en relation avec la langue sont relativement récentes et présentent un retard important comparativement à d'autres sphères, comme l'éducation (Vézina, 2015). Il n'en demeure pas moins que le contexte social semble engendrer des valeurs distinctes d'une génération à l'autre, comme l'illustrent les recherches d'Inglehart (1993). De plus, depuis le début du XX^{e} siècle, l'immigration de populations francophones au Canada a entraîné une hétérogénéisation de la communauté des francophones minoritaires, qui a pu mener à une transformation chez les nouvelles générations de leurs valeurs et de leurs représentations associées (Gérin-Lajoie, 2004). Une étude portant sur les différences représentationnelles entre les personnes appartenant à diverses générations de francophones minoritaires pourrait ainsi permettre de mieux comprendre la question de l'acceptabilité des services de santé mentale et des barrières à l'accès à ces services.

En somme, à la lumière de toutes les difficultés d'accès (physiques, mais aussi psychologiques, comme l'acceptabilité) aux services de santé mentale suscitées par des facteurs d'ordre normatif et représentationnel, il nous paraît important d'étudier ces facteurs et de comprendre la manière dont ils se conjuguent entre eux. La théorie des représentations sociales est particulièrement utile pour cerner le rôle des connaissances de sens commun dans l'intervention (Negura, 2016 ; Buetti, Negura et Gervais, 2017) et le comportement de consultation des services de santé mentale (Howarth, Foster et Dorrer, 2004). Notre problème de recherche met en relief, en plus de la question de la sociogenèse des savoirs en lien avec l'utilisation des services de santé mentale, des enjeux intra et intergroupes (groupes sociolinguistiques et groupes d'âge), ce qui justifie aussi une analyse des représentations sociales.

Une représentation sociale est conçue ici comme étant « un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation » (Abric, 1989 : 188). Les représentations sociales se conçoivent, plus largement, comme un savoir collectif « ayant une visée pratique » (Jodelet, 1989 : 36). Elles servent aussi de fondement pour les prises de position concernant un sujet pertinent pour l'existence ou le fonctionnement d'un groupe social. Étant donné leur importance pour les personnes souffrant des symptômes de dépression, les services de santé mentale constituent pour elles un objet pertinent de représentation. L'exploration de l'acceptabilité des services de santé par la voie des représentations sociales permettra ainsi de mieux comprendre les barrières à l'accès que rencontre la population étudiée.

Cet article se propose donc d'analyser la spécificité du contenu et de l'organisation de la représentation sociale des services de santé mentale chez les francophones minoritaires qui ont connu un épisode dépressif et plus particulièrement chez les jeunes issus de cette minorité.

Méthodologie

Échantillon

Notre échantillon se compose d'un total de 44 participants provenant des villes canadiennes de Moncton, Sudbury, Winnipeg et Ottawa. Les participants devaient avoir déjà eu au cours de la dernière année un épisode dépressif auto-déclaré ou en vivre un au moment de l'enquête. Comme notre objectif était d'étudier la dimension représentationnelle et non pas « objective » de l'accès aux services de santé mentale, nous nous sommes entretenus exclusivement avec des participants qui se percevaient comme anciennement ou actuellement dépressifs, indistinctement d'un diagnostic formel établi par les professionnels de santé. Parmi les individus échantillonnés, 25 s'identifiaient comme francophones[1] et 19 comme anglophones. L'échantillon comprenait une représentation raisonnée de femmes, d'hommes, de jeunes (18-30 ans) ainsi que d'adultes plus âgés (40-65 ans), comme le montre le tableau 1.

Tableau 1
Distribution de l'échantillon (*n* = 44)

Caractéristiques sociodémographiques		% (*n*)
Genre	Femme	61,4 (27)
	Homme	38,6 (17)
Âge	Jeune (18-30 ans)	65,9 (29)
	Âgé (40-65)	34,1 (15)
Langue parlée	Français	56,8 (25)
	Anglais	43,2 (19)
Ville	Ottawa	40,9 (18)
	Sudbury	18,2 (8)
	Moncton	22,7 (10)
	Winnipeg	18,2 (8)

1. Deux participants francophones ont été retirés de l'échantillon en raison de fluctuations considérables d'une langue à l'autre lors de l'entrevue, qui menaient à une transcription biaisée et à l'impossibilité d'en faire l'analyse quantitative. Ils ne sont pas comptés dans l'échantillon analysé.

Aux fins de cette étude multi-site, diverses méthodes de recrutement ont été employées : annonces dans les journaux, recrutement par les cliniciens en santé mentale et affichage des avis de recrutement dans les cliniques de santé et les campus universitaires. Les critères de sélection étaient : 1) déclarer avoir connu un dépressif au cours de la dernière année précédant l'enquête ; 2) se définir comme francophone ou anglophone ; et 3) avoir entre 18 et 30 ans (jeunes) ou entre 40 et 65 ans (personnes plus âgées). La collecte des données s'est déroulée entre septembre 2012 et juin 2013. Les participants ont été rétribués pour leur participation (25 dollars canadiens). Les entrevues ont eu lieu à l'endroit choisi par les participants (cafés ou locaux des universités) et ont été enregistrées puis transcrites intégralement. Afin d'assurer l'anonymat des participants, les verbatims retenus pour cet article ont été identifiés par des lettres arbitrairement choisies qui ne réfèrent pas aux noms réels des participants. Cette recherche a reçu l'approbation éthique de l'Université d'Ottawa.

La méthode de collecte des données

Les données ont été obtenues par le biais d'entrevues semi-dirigées. Le guide d'entrevue abordait les thématiques suivantes : le rapport à la dépression, l'expérience des services de santé mentale, l'importance de la langue des services, la dynamique identitaire (âge, genre, identité linguistique) dans l'utilisation des services et la distinction entre le « normal » et le « pathologique ».

Dans le cadre de cette recherche, seules les réponses qui contenaient des prises de position par rapport aux services de santé mentale ont été analysées : connaissance des services de santé mentale, explication de leur fonctionnement, expérience de leur utilisation, nature de l'aide perçue comme nécessaire ainsi que l'importance de la langue dans l'expérience de soins. Les thèmes abordés spontanément par les répondants (c'est-à-dire en dehors des questions posées) ont été pris en compte dans l'analyse. Une fois les réponses collectées, des corpus textuels[2] ont été créés afin de procéder aux analyses qualitative et quantitative.

L'analyse des données

Des éléments de l'analyse intégrée de contenu (Negura, 2006) ont d'abord été utilisés afin de dégager des contenus du discours qui correspondent aux éléments représentationnels et d'évaluer leur importance dans le cadre de la représentation sociale étudiée. Cette analyse a été effectuée en trois étapes : a) l'isolement des contenus du discours sur les services de santé mentale ; b) la mise en évidence des éléments représentationnels autour desquels s'articule ce discours et c) l'étude de l'importance de ces éléments en termes de fréquence (nombre des répondants qui les partagent) et de leur cooccurrence dans une même unité de contexte (l'entrevue).

2. Il s'agit du matériel discursif que nous avons condensé en un fichier et organisé par variables (sexe, âge, ville, etc.) afin de le concilier avec le logiciel d'analyse.

Plus concrètement, dans un premier temps, nous avons repéré dans l'ensemble du corpus textuel, à l'aide de l'analyse thématique, les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'objet de représentation. Ce processus a été effectué par le repérage des idées significatives en lien avec les services de santé mentale. Nous avons regroupé dans un deuxième temps, dans des catégories thématiques, les fragments de textes qui correspondent aux unités sémantiques fondamentales repérées. Ces catégories renvoient aux éléments représentationnels autour desquels s'organise le discours. Dans un troisième et dernier temps, nous avons évalué la popularité des éléments dégagés dans l'organisation de la représentation sociale étudiée selon le nombre d'entrevues qui contenaient des références à chaque élément. Nous avons aussi calculé la fréquence d'apparition des éléments représentationnels dans le discours de tous les participants. Comme le seul aspect quantitatif n'est pas suffisant pour saisir l'importance d'un élément représentationnel, nous avons observé également les relations que chaque élément établissait avec d'autres éléments représentationnels en analysant leur cooccurrence.

De cette manière, parmi les éléments répertoriés, seulement ceux qui organisent le discours ont été retenus. Ces derniers répondaient au critère de la centralité représentationnelle (Abric, 1994) du point de vue tant de la fréquence que de la capacité à créer des liens avec les autres éléments à l'intérieur de la représentation. Toutefois, nous n'avons pas utilisé de méthodes spécifiques de repérage des éléments centraux de la représentation sociale. Nous ne pourrons donc que faire l'hypothèse de l'appartenance de ces éléments fréquents et importants au noyau central de la représentation sociale étudiée, sans pouvoir l'affirmer avec certitude.

Ces résultats ont ensuite été approfondis par des analyses lexicographiques effectuées à l'aide du programme *IRaMuTeQ* – un logiciel d'analyse de textes et de tableaux de données permettant une étude multidimensionnelle de corpus textuels et de matrices de données. Afin d'intégrer les corpus textuels francophones et anglophones en un corpus global, nous avons soumis le corpus anglais à une traduction systématisée par l'interface *Systran* (2017). Étant donné que le logiciel *IRaMuTeQ* analyse chaque mot isolément en fonction de sa fréquence d'occurrence et de sa proximité avec d'autres segments de texte, une traduction contextuelle n'était pas essentielle[3]. Des analyses de données ont également été menées séparément sur chaque corpus afin d'approfondir la perception distincte des groupes linguistiques et de pallier aux limites de la traduction.

Une classification hiérarchique descendante du corpus textuel fondée sur la méthode de Reinert (1993) a d'abord été effectuée. Cette technique repose sur l'hypothèse selon laquelle

3. Certaines spécificités particulières à la langue ne peuvent être traduites. Toutefois, l'analyse de contenu se veut complémentaire à l'analyse quantitative et cherche à rendre compte de certaines des subtilités contextuelles omises par le logiciel de traduction.

le contenu textuel peut être appréhendé par sa structure (Le Sphinx, 2014). En effet, Reinert (2003 : 402) explique que « l'étude des répétitions dans un discours ouvre à la possibilité de se représenter les courants idéologiques, les zones de conflits, de ruptures, à partir de recouvrements, d'enveloppements ou d'oppositions entre ce que nous appelons des mondes lexicaux ». Concrètement, cette méthode dégage des « mondes lexicaux » en découpant le texte en segments[4] – les unités de contexte – pour ensuite croiser les segments et les termes post-lemmatisation[5]. Les segments forment alors une première classe. Les unités de contexte sont ensuite séparées sur la base des cooccurrences des termes par classification descendante hiérarchique. Au bout du compte, ces analyses permettent d'attribuer aux segments des catégories conceptuelles[6]. Ainsi, chaque terme a été associé à une catégorie donnée et évalué statistiquement par le biais du chi carré ($p < 5\ \%$).

Ensuite, nous avons effectué une analyse factorielle des correspondances. Ce calcul fait suite aux analyses antérieures, car il se fonde sur les mêmes catégories que celles précédemment établies. La nuance apportée par l'analyse factorielle tient à l'information qu'elle fournit par ses mesures de proximité (Salone, 2014). Chaque catégorie est identifiée par une couleur. L'analyse factorielle illustre graphiquement les représentations thématiques sur un plan cartésien et permet une analyse de proximité entre les classes. Les mots les plus significativement récurrents de chaque catégorie sont ainsi distribués selon deux facteurs d'inertie qui encadrent le tableau de contingence.

Enfin, un calcul simple des fréquences d'occurrence des formes actives du corpus permet la création d'un nuage de mots qui illustre, par l'importance de leur usage, les termes les plus fréquents d'un corpus donné.

Résultats

L'analyse intégrée de contenu (Negura, 2006) a permis d'abord de mettre en relief trois éléments sociocognitifs communs aux anglophones et aux francophones, qui organisent leur représentation sociale des services de santé mentale : a) « identité dépressive », b) « nature de l'aide » et c) « image de l'asile ». Les autres éléments périphériques présents dans le discours se structurent en fonction de ces thèmes. Malgré leur forte présence dans les deux communautés, chacun des éléments dévoile des nuances propres à la communauté linguistique et à l'âge.

4. Lorsqu'une composition narrative est récurrente à travers le discours, les segments similaires sont regroupés pour permettre l'élaboration de catégories thématiques.
5. Il s'agit d'un processus automatisé au sein de l'interface choisie par lequel chaque mot est simplifié pour optimiser la correspondance des termes d'un segment de texte à l'autre. Ainsi, les verbes sont tous mis à l'infinitif, les noms au singulier et les adjectifs au masculin singulier.
6. Ensemble de mots cooccurrents que l'on rencontre d'un segment de texte à l'autre et qui peuvent être associés à une thématique sous-jacente au discours. Par exemple, les mots « maison », « toit », « porte » et « design » pourraient constituer une catégorie thématique, car ils sont énoncés ensemble et se rapportent à l'architecture.

L'algorithme a décelé cinq classes qui ont servi de matériel pour toutes les analyses lexicographiques effectuées sur notre corpus textuel. Il a permis de saisir ainsi les noyaux de sens (Lahlou, 1995) organisés selon un processus sociocognitif spécifique aux modes de représentation (Kalampalikis, 2003). Ces classes constituent 87,65 % des segments de texte classifiés[7]. Les formes actives[8] principales de chaque classe sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous par ordre de fréquence d'occurrence.

Tableau 2
Classes lexicales obtenues selon la classification hiérarchique descendante du corpus

Classes	Formes actives principales (Chi carré [χ^2])						Thèmes
Classe 1	semaine 114,61	fois 73,87	rendez-vous 53,68	appeler 38,69	crise 37,31	pleurer 37,26	Procédures des services de santé mentale
Classe 2	problème 58,94	correct 51,79	prendre 48,45	mère 34,39	anxiété 34,14	petit 31,75	Identité dépressive
Classe 3	hum 150,85	euh 98,72	deviner 52,86	sorte 29,17	également 28,32	chose 27,89	Identité personnelle
Classe 4	langue 209,56	anglais 189,67	français 134,58	exprimer 115,59	maternel 82,28	important 72,02	Importance de la langue
Classe 5	psychologue 62,25	famille 61,26	médecin 56,13	social 54,16	consulter 50,30	conseiller 47,84	Nature de l'aide

L'identité dépressive

Le premier élément de la représentation sociale des services de santé mentale, qui organise le discours des répondants selon notre analyse intégrée de contenu, est l'identité des personnes dépressives. Celle-ci se conçoit par la réduction de l'identité individuelle à la dépression. Cette dernière est perçue par les répondants comme distincte d'une maladie physique ; des significations particulières lui sont donc accordées en fonction du stigma préexistant. Nous retrouvons, notamment, une affiliation systématique à la honte et à la culpabilité : « There's kind of a negative stigma towards, I feel, like… towards people who have mental health issues. So, I mean, I was definitely embarrassed to have to use the service » (J).

7. Les segments de texte classifiés font ici figure d'unités de contexte élémentaires telles qu'employées dans la méthode *Alceste*. Un vocabulaire équivalent a été conçu pour le logiciel *IRaMuTeQ* afin de respecter la propriété intellectuelle de la méthode *Alceste*.

8. Par « forme active », nous entendons ici un mot tel que catégorisé par son usage, soit actif (ex. : nom et verbe) ou supplémentaire (ex. : préposition, conjonction, déterminant).

Non seulement une personne en proie à un épisode dépressif se voit réduite à une identité centrée autour de son trouble, mais également elle éprouve la honte d'être vue comme une personne « folle ». Cela influe grandement l'expérience et la représentation des services de santé mentale vécues :

> I went to see, one could say professionals, but I really didn't feel any connection—no acknowledgement or understanding. Again, I felt judged; I didn't feel that I was somebody, but rather someone with a mental problem and not a person. (A)

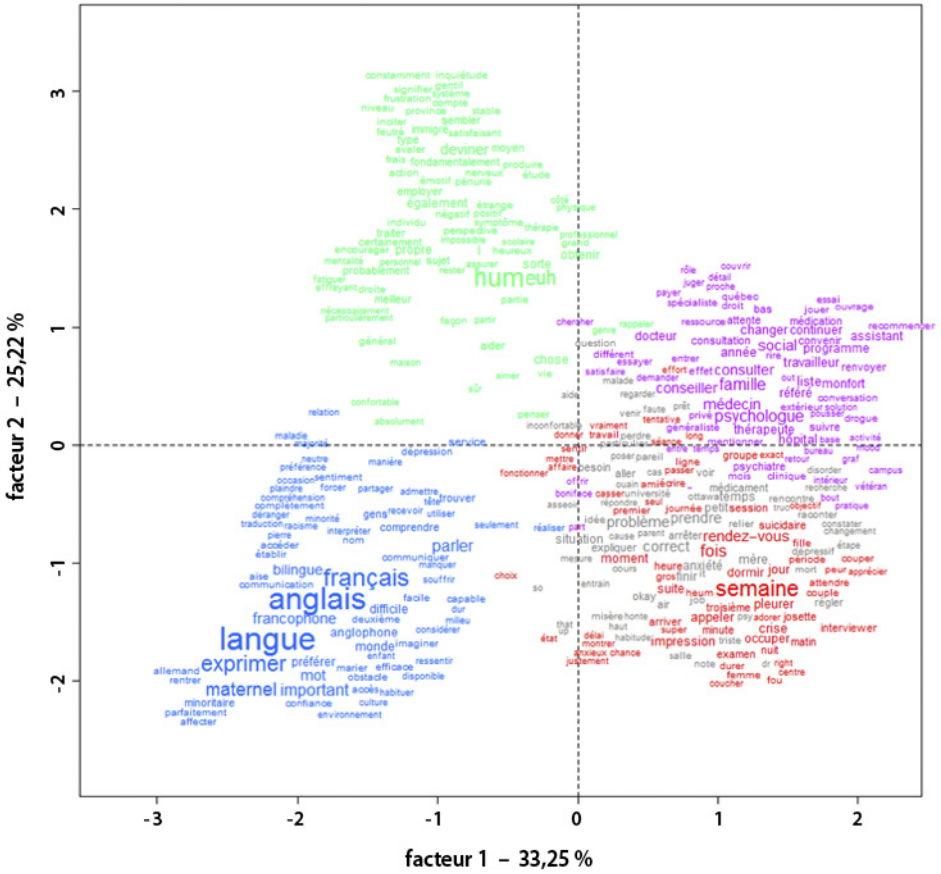
Une barrière additionnelle à l'accès aux services sera donc celle du choix conscient de les éviter afin, peut-être, d'échapper au jugement collectif que le diagnostic engendrerait.

Le stigma entourant la figure du « fou » demeure difficile à faire émerger d'un contexte textuel. En effet, il y a de multiples manières d'exprimer la honte et l'embarras d'un stigma, ce qui, en outre, peut se faire sans nommer explicitement ces sentiments. Ce phénomène, qualifié par Boutet et Maingueneau (2005) de « variation linguistique », pourrait en partie expliquer la faible place discursive occupée par la description de ces sentiments. Malgré tout, un schème récurrent a été détecté lorsque le corpus était soumis à un algorithme de classification hiérarchique descendante et est représenté par l'analyse factorielle des correspondances ci-dessous (voir la figure 1). Ce schème nous permet de distinguer deux facettes de l'identité des personnes dépressives : médicale et personnelle.

La facette médicale peut être appréhendée par la classe 2 des profils conceptuels, représentée en gris et constituant 18,4 % des segments textuels analysés. En effet, des notions récurrentes telles que « médicament » (χ^2 = 19,34), « malade » (χ^2 = 4,00) et « dépressif » (χ^2 = 12,66) renvoient à la dimension fondamentalement médicale de l'identité des personnes dépressives. Cette observation est appuyée par la proximité de cette catégorie avec la classe 1 (procédures) des profils lexicaux (en rouge) dans sa schématisation factorielle. Cela semble indiquer, en outre, une représentation intrinsèquement médicale des répondants le plus souvent tirée d'un protocole réglementaire ainsi que d'un contexte institutionnel. Ces résultats appuient les données de notre analyse intégrée de contenu, qui mettent en relief l'impersonnalité et la « froideur » des professionnels médicaux (voir plus loin la description de l'élément représentationnel « nature de l'aide »). L'association entre l'établissement et l'identité dépressive s'inscrit comme une problématique d'autant plus importante à la lumière de l'usage de termes tels que « misère » (χ^2 = 8,54) et « honte » (χ^2 = 5,77), qui peuvent être compris comme une réponse au jugement et au stigma associés à ce conflit représentationnel.

La deuxième perspective dénotée auprès des participants, directement opposée à la première dans la représentation proximale du tableau de contingence (voir la figure 1), concerne la classe 3 (en vert) des profils lexicaux, que nous avons attribuée à une catégorie thématique distincte appelée « identité personnelle ». Formant 24,8 % des segments textuels, elle cerne l'identité plus intime des répondants, reliée à leur expérience subjective de la

Figure 1
Analyse factorielle des correspondances du corpus



dépression. Des notions récurrentes telles que « mentalité » (χ^2 = 5,44), « fatigué » (χ^2 = 5,44), « aimer » (χ^2 = 5,82), « vie » (χ^2 = 10,58), « effrayant » (χ^2 = 5,44), « nerveux » (χ^2 = 9,14) et « frustration » (χ^2 = 12,20) semblent indiquer une perspective plus subjective du vécu des répondants. Davantage personnelle, cette compréhension de l'identité est en opposition avec la première, appuyant par le fait même l'hypothèse d'une insensibilité et d'un détachement du monde médical. Élément d'intérêt, la classe 3 (identité personnelle) est également caractérisée par la forme onomatopéique du discours, avec « hum » (χ^2 = 150,85) et « euh » (χ^2 = 98,72) indiquant la difficulté associée à l'expression et à la description de cette identité.

La nature de l'aide

Le deuxième élément sociocognitif de la représentation sociale des services de santé mentale est la nature de l'aide, qui réfère aux types de soutien dont les répondants ont bénéficié. L'analyse de la signification des lexèmes permet de remarquer que cet élément correspond à la classe 5 de la classification hiérarchique descendante (voir le tableau 2), qui contient des unités lexicales comme : psychologue (χ^2 = 62,25), famille (χ^2 = 61,26), médecin

(χ^2 = 56,13), social (χ^2 = 54,16), consulter (χ^2 = 50,30) et conseiller (χ^2 = 47,84). Bien qu'il n'y ait pas de distinction formelle entre les services d'une classe à une autre, on observe un conflit notable entre les acteurs impliqués dans la prestation des soins et l'expérience du participant. En effet, à l'intérieur de la même catégorie thématique ressortent des termes tels que « rire » (χ^2 = 15,24), « jouer » (χ^2 = 16,17) et « proche » (χ^2 = 7,65), qui dénotent du caractère agréable de l'interaction, combinés avec « juger » (χ^2 = 6,14), « pousser » (χ^2 = 4,13) et « essayer » (χ^2 = 7,48) qui, au contraire, soulignent l'effort et le malaise associés à la situation.

L'analyse intégrée de contenu apporte une explication de cette dualité en permettant de distinguer les services médicaux[9] de l'aide non médicale. L'acteur emblématique des services médicaux est, bien sûr, le psychiatre, qui est l'incarnation des compétences expertes dans le domaine de la santé mentale : « So my friend brought me to the psychiatrist and diagnosed me and gave me some medication and booked me with the psychologist » (B).

Comme nous l'avons indiqué plus tôt, les services médicaux sont perçus comme impersonnels et hiérarchiques et se manifestent par la capacité de poser un diagnostic et de prescrire un traitement. Ce formalisme et cette distance dans la relation avec les professionnels de la santé mentale peuvent mener à de la méfiance, à de la frustration, voire à une indisposition à coopérer avec le traitement :

> I'm having a bit of difficulty with the psychiatrist, simply because it is—sometimes I have the impression that it is very, very cold. There is a lack of communication and as I was saying, I don't have the impression that I'm understood […] and that is why very often, I stop taking my medication, which is a very bad thing to do, I know. (C)

La perception d'un stigma et d'un jugement associés à l'utilisation des services médicaux en santé mentale est à la source du malaise décelé chez les répondants. Ces éléments transversaux se recoupent dans l'ensemble du discours des participants et s'inscrivent comme des composantes importantes de l'expérience du service médical ainsi que, par extension, du traitement.

Par opposition aux services médicaux a donc émergé l'aide non médicale, plus fortement associée à la compétence relationnelle relative à la capacité d'écoute, à l'empathie et à la compréhension. L'aide non médicale est reliée le plus souvent à la famille, au cercle d'amis ou à d'autres personnes qui ont vécu la même expérience dépressive, mais aussi aux psychologues, aux conseillers et aux travailleurs sociaux. Il a donc été possible de dégager une signification particulière, plus « humaine », attribuée par nos répondants à l'aide non médicale :

> Je pense que c'est comme l'absence de jugement de ma conseillère, qui me comprend, je pense, en tout cas, qui ne me juge certainement pas pis […] sait que j'essaie d'aller mieux, qui fait confiance que je suis en train de faire un effort […] ça se voit dans la façon elle réagit. (M)

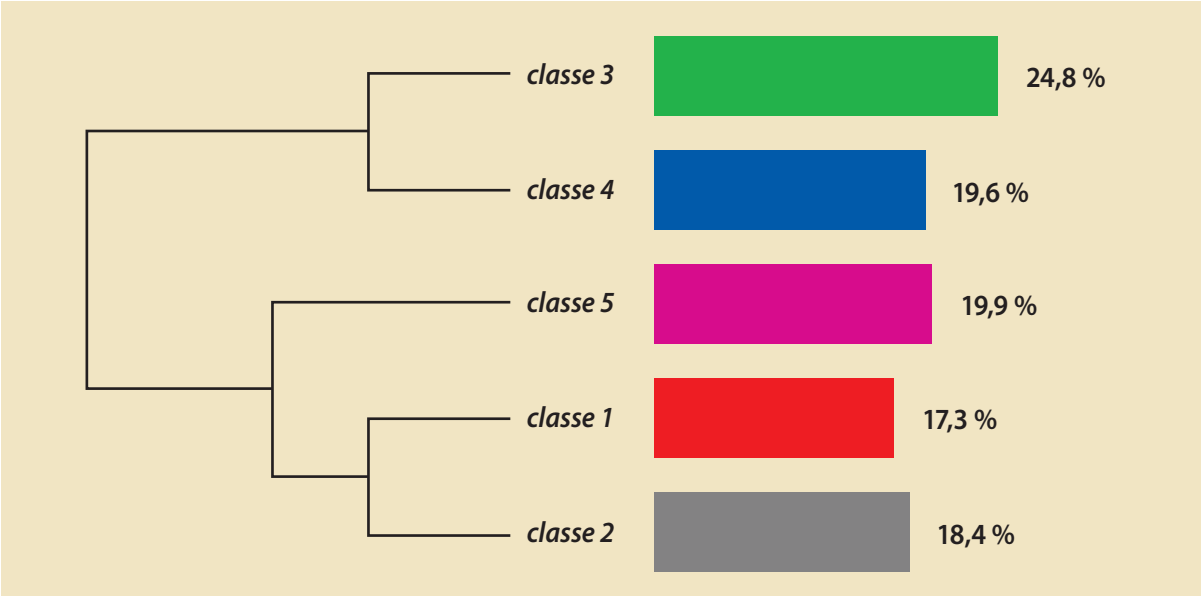
9. Les psychologues, conseillers et travailleurs sociaux ne sont pas compris dans les services médicaux.

Il faut signaler que la notion de la langue, bien que située dans une classe distincte selon la classification hiérarchique descendante effectuée (classe 4, tableau 2), est associée par nos répondants francophones, comme le dévoile l'analyse intégrée de contenu, à l'aide non médicale. En effet, la compétence relationnelle est fortement associée à la langue française ou, comme la décrit l'un de nos répondants, à « la langue du cœur » (Marie). À l'inverse, l'expertise formelle est vue comme étant propre à l'anglais, où la compétence est associée à l'exécution de tâches procédurales et aux connaissances professionnelles.

> J'ai juste l'impression qu'il y a beaucoup plus de services qui sont offerts en anglais qu'en français. […] Les livres là en français sur la dépression, moi, je lis un livre en anglais pis je lis celui en français pis il était beaucoup moins détaillé, totalement différent et pourtant j'aime mieux lire en français. (D)

Une façon succincte de comprendre la représentation que ce répondant a de la nature de l'aide concerne la distinction qu'il fait entre les compétences expertes et relationnelles. L'application de l'algorithme de classification hiérarchique descendante sur le corpus a permis de mettre en relief cette distinction qui, selon notre analyse, organise l'entière représentation sociale des services de santé mentale. Dans la figure 2 (voir aussi le tableau 2 pour observer les formes actives propres à chaque catégorie thématique obtenue) sont représentés les cinq profils en fonction de leur proximité conceptuelle. Ces classifications hiérarchiques ont permis de saisir les rapports de proximité entre les lexèmes ainsi qu'entre les classes. Nous avons interprété ces hiérarchies pour dégager la logique derrière l'organisation des nœuds de sens incorporés dans les classes.

Figure 2
Dendrogramme des classes du corpus



On observe que les classes 3 (identité personnelle) et 4 (importance de la langue) forment l'ensemble des lexèmes (44 %) qui renvoient au vécu personnel authentique et aux aspects relationnels, alors que les classes 1 (procédures), 2 (identité dépressive) et la classe 5 (nature de l'aide) réunissent des lexèmes (56 %) qui font référence à la dimension formelle et contraignante des services médicaux. Comme la classe 5 (nature de l'aide) contient des lexèmes qui renvoient aussi aux relations moins formelles (famille), on peut remarquer que cette classe fait figure à part et se trouve dans une proximité hiérarchique de l'ensemble formé par les classes 3 (identité personnelle) et 4 (importance de la langue). D'ailleurs, la classe 1 (procédures) et 2 (identité dépressive) forment un sous-ensemble, ce qui reflète l'idée du caractère contraignant que revêtent les services médicaux dans l'esprit des participants.

L'image de l'« asile »

Le dernier élément que nous présentons de la représentation sociale des services de santé mentale organise le contenu représentationnel autour de l'image de l'« asile ». Celle-ci est étroitement liée à la nature de l'aide puisque les intervenants sont généralement associés au lieu physique de leur pratique, tel un hôpital ou une clinique. Pour beaucoup, de tels établissements renvoient à l'image de l'asile et à celle de la folie, qui sont encore lourdement ancrées dans l'imaginaire collectif et qui ont pour conséquence de susciter la honte et, peut-être, de constituer ainsi une barrière supplémentaire à l'accès aux services. Le stigma associé à ce milieu est d'ailleurs d'autant plus marqué par le sentiment de perte de contrôle qu'il inspire : « Je trouve qu'à l'hôpital tu n'es pas en contrôle […] Pour moi, ça serait pas le fun d'y aller parce que je ne me sentirais pas en contrôle pis […] je ne sais pas ce qu'il m'arriverait » (R).

L'image de l'asile renvoie à la notion de compétence médicale qui lui est associée au détriment de la dimension relationnelle. La perte de contrôle évoque justement une situation où le personnel médical manque d'égards envers la sensibilité et les objectifs personnels de l'utilisateur de soins afin de seoir aux intérêts de l'autorité en place.

Pour les francophones, l'image de « l'asile » prend des connotations plus graves que chez leurs homologues anglophones puisqu'ils ont peur que leur situation ne soit aggravée par les difficultés de communication, qu'ils ne soient perçus comme « plus fous » en raison d'une absence de compréhension. En effet, l'utilisation de la langue maternelle n'étant pas une option pour certains, la communication peut se voir ainsi entravée. Le diagnostic vient alors supplanter tout autre aspect de la condition médicale qui aurait pu être sujet à des soins :

> J'avais l'impression qu'il y avait un problème de communication dans le sens où j'étais étiquetée vraiment comme : « tu fais une dépression ». Mais, pis que c'était tout. C'est juste comme, on va te bourrer de médicaments pis tu es correcte, pis comme on dit, c'est fini. Tandis que, des fois, il y avait comme quelque chose de plus profond que je voulais communiquer. (D)

L'analyse factorielle des correspondances du corpus, représentée par la figure 1, nous permet à nouveau de mettre en relation les classes lexicales en fonction de la proximité des lexèmes dans les segments textuels. À partir de ces données, nous constatons qu'il n'y a pas de distinction claire dans la représentation des services parmi les lieux où sont administrés les soins, alors que « famille » (χ^2 = 61,26) est classée dans la même catégorie que « hôpital » (χ^2 = 36,65) et « clinique » (χ^2 = 14,34), soit la classe 5 (nature de l'aide) représentée par la couleur mauve. Cela étant dit, nous pouvons uniquement conclure de cette proximité que ces mots sont présents à l'intérieur des mêmes segments de textes. En soi, cela ne nous permet pas de distinguer un usage parallèle de ces termes pour exprimer une opposition conceptuelle à l'intérieur des phrases. Pour cela, nous dépendons de l'analyse intégrée de contenu, qui a également permis de constater la cooccurrence de ces mots, mais aussi d'en dégager le sens profond. Ainsi, l'image de l'« asile » est liée au jugement et à la honte, contrairement à la famille et aux amis qui, eux, sont associés à la compétence relationnelle :

> Mais ma meilleure amie était là avec moi. Ça, ça a aidé. Elle a parlé pour moi, à la première rencontre […] parce que je n'étais pas capable d'avouer que j'avais un problème pis que j'allais voir un psychiatre. […] Ça a duré, peut-être, 40 minutes où elle a essayé vraiment de me tirer les vers du nez là, comme : « Alors, qu'est-ce que tu fais dans la vie, pourquoi tu viens me voir, j'ai entendu parler que tu étais à l'hôpital, qu'est-ce qui t'a emmenée là ? ». C'est juste comme la honte à chaque question qui se montait en moi. (D)

La classe 1 des profils thématiques (procédures), illustrée en rouge (voir la figure 2), vient ajouter une dimension supplémentaire en se caractérisant non pas par le lieu du service, mais par le protocole qui lui est associé. Avec les mentions de « rendez-vous » (χ^2 = 53,65), de « semaine » (χ^2 = 114,61), de « groupe » (χ^2 = 16,90) et de « ligne » (χ^2 = 10,28), nous sommes immédiatement ramenés à la réalité des soins institutionnels et à l'effort requis pour faire appel au système. Les lexèmes « crise » (χ^2 = 37,31) ou « pleurer » (χ^2 = 37,26) renvoient au sentiment de frustration que les procédures engendrent chez les personnes dépressives. Il semble donc exister un lien entre cette perception des procédures institutionnelles dans le domaine médical et l'usage des termes « fou » et « anxieux » au sein des segments textuels. Cela reflète l'analyse qualitative, qui tend à montrer le lien narratif entre le stigma et les représentations auxiliaires de la figure de l'« asile », soit l'hôpital, la clinique et les autres institutions médicales.

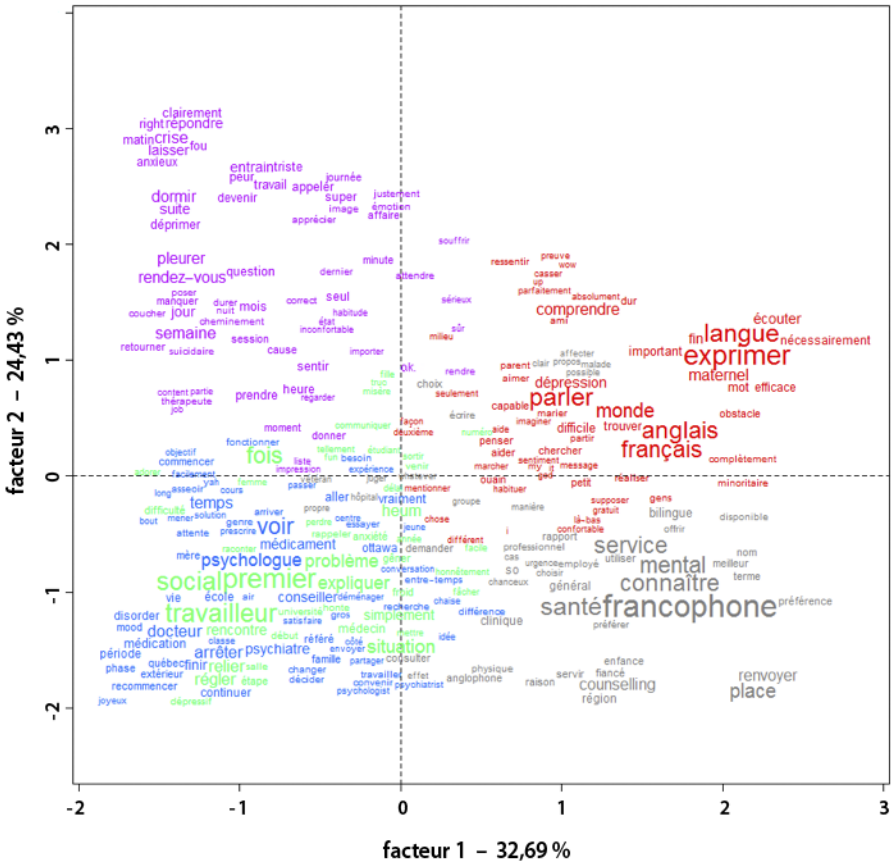
La spécificité de la représentation sociale des services de santé mentale des francophones

La classe 4 décelée par la méthode de Reinert (1993) renvoie à la question de la langue, qui comprend à la fois la notion identitaire, avec des termes tels que « maternel » (χ^2 = 82,28), « anglophone » (χ^2 = 27,51), « francophone » (χ^2 = 52,98), « minoritaire » (χ^2 = 20,64), mais aussi une dimension pratique, avec « culture » (χ^2 = 4,24), « interpréter » (χ^2 = 4,24), « obstacle » (χ^2 = 11,65) et « difficile » (χ^2 = 33,19) (voir la figure 1).

Bien que commune aux anglophones et aux francophones, cette catégorie se présente sous une forme différente selon les communautés linguistiques. En effet, lorsque les francophones sont regroupés en un corpus à part entière, l'analyse factorielle de correspondance produit deux catégories distinctes qui font référence à la langue (classes 1 et 2) et qui forment 38,6 % des segments de texte classifiés. Ces catégories sont représentées par la figure 3.

Figure 3

Analyse factorielle des correspondances du corpus francophone

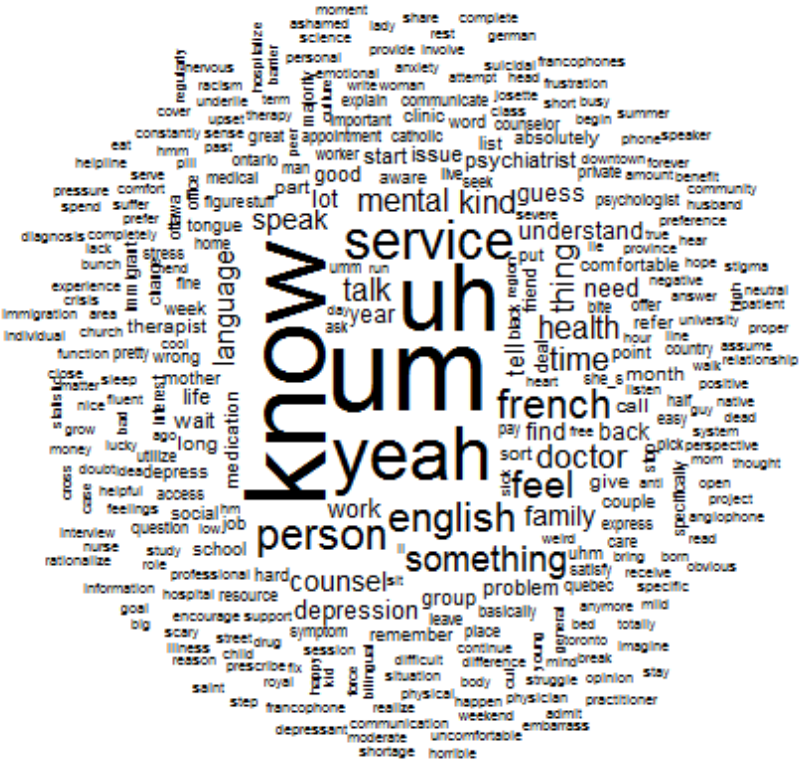


À droite, nous retrouvons les classes 1 et 2, en rouge et en gris respectivement, qui confirment la distinction supposée entre l'identité linguistique et l'utilisation pratique de la langue. Ces thèmes, soulevés lors de discussions concernant les services de santé mentale, nous éclairent sur l'importance de la langue dans la représentation de ces services, Ainsi, les mots « exprimer » (χ^2 = 67,36), « langue » (χ^2 = 58,21), « important » (χ^2 = 16,54), « comprendre » (χ^2 = 25,17) et « parler » (χ^2 = 58,69) étaient très récurrents dans le corpus.

En ce qui a trait au corpus anglophone, en le soumettant à la méthode de Reinert (1993), nous notons la pauvreté du contenu lexical concernant la question de la langue dans l'accessibilité et la représentation des services de santé mentale. La représentation globale des

réponses des anglophones se présente mieux sous la forme d'un nuage de mots qui illustre la récurrence de formes onomatopéiques (euh, hum, yeah). Le ratio d'occurrence des termes est représenté par leur taille au sein du nuage illustré dans la figure 4.

Figure 4
Nuage de mots du corpus anglophone



Le « know » était le plus souvent formulé dans le contexte de « I don't know » en réponse aux questions concernant la langue comme barrière à l'accès aux services[10], ce qui illustre la difficulté des anglophones à se prononcer sur des considérations d'ordre pratique et culturel propres à la langue (Rivest, Moreau et Negura, 2017).

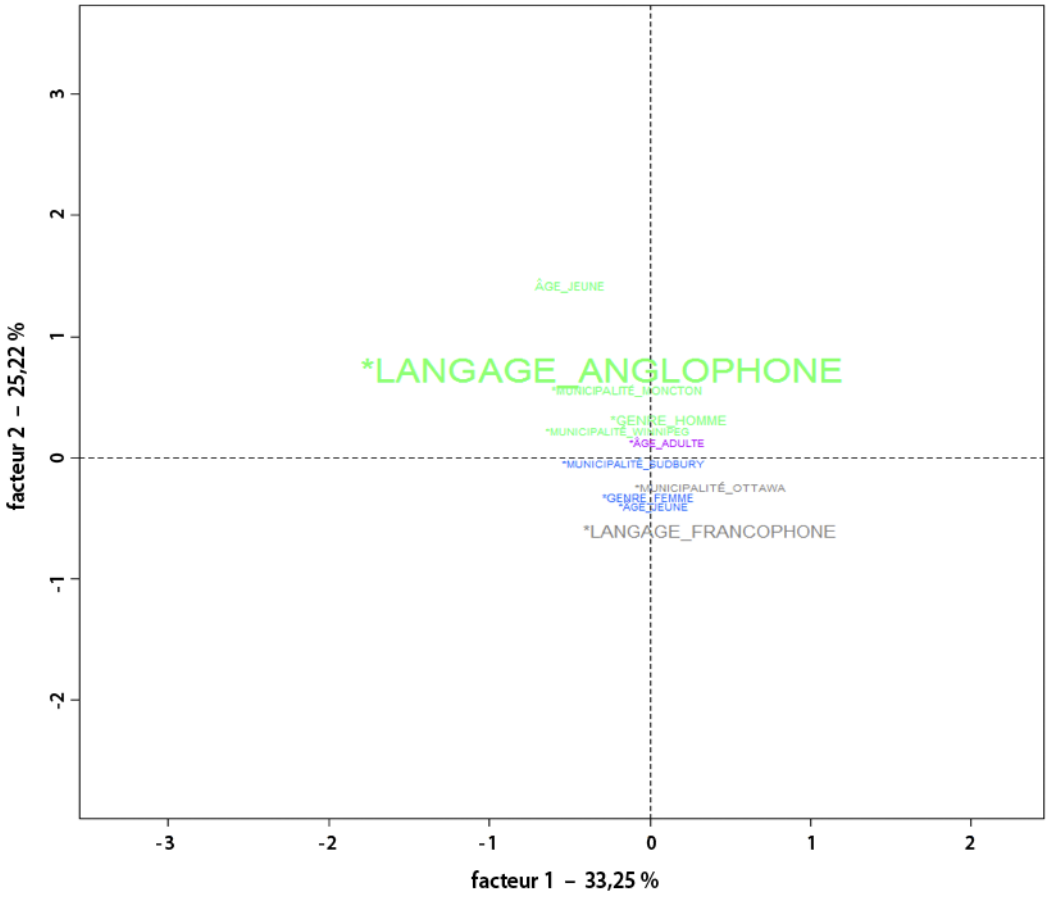
Distinctions selon l'âge

Comme le montre l'analyse factorielle des variables de la figure 5, la variable « jeune » qualifiant les adultes de 18 à 30 ans a été fortement associée aux classes 3 (identité personnelle) et 4 (langue) du corpus textuel, ce qui permet de postuler une transition probable des nouvelles générations vers une représentation moins médicale, plus « humaine » et

10. Le « I » et le « don't » sont ici absents du nuage puisque seuls les noms actifs ont été maintenus pour le former.

relationnelle de la maladie mentale. Cela se voit partiellement confirmé par l'association statistique de la variable « personnes plus âgées » à la catégorie conceptuelle 5, qui dénote une nature foncièrement médicale de l'aide. La puissance de l'adéquation statistique est représentée ci-dessous par la taille des variables (voir la figure 5).

Figure 5
Analyse factorielle des variables du corpus global



Cette distinction est cependant faible, comme le montre la figure 5. De plus, étant donné que ces données n'ont pas été répertoriées par l'analyse qualitative, il ne nous est pas possible d'expliquer davantage le contexte derrière cette relation.

Discussion

Nous avons vu que les francophones vivant en milieu minoritaire et les anglophones majoritaires partagent la même représentation sociale des services de santé mentale, organisée autour de trois éléments : la nature de l'aide, l'image de l'« asile » et l'identité dépressive. Des

nuances sont cependant apparues dans la configuration de ces trois schèmes sociocognitifs de la représentation sociale des services de santé mentale, qui expliqueraient l'existence de barrières additionnelles pour la population minoritaire francophone en ce qui concerne l'acceptabilité des services.

En ce qui a trait à la nature de l'aide, nous constatons que l'aide médicale est unanimement perçue comme froide et distante, indistinctement de l'appartenance linguistique. En effet, malgré l'importance accordée à l'approche centrée sur le patient par les établissements médicaux canadiens (Frank, Snell et Sherbino, 2015), l'application de cette approche ne peut être garantie en contexte professionnel. Plutôt, nous sommes forcés de constater l'existence durable d'un manque perçu de compréhension chez plusieurs professionnels de la santé, souvent suscité par des contraintes de temps, une érosion personnelle de l'empathie ou même une condescendance indue (Hojat, 2016 ; Stratta, Riding et Baker, 2016). Cet élément est un facteur explicatif important du stigma et du jugement ressentis par les participants à notre étude ; il a d'ailleurs été explicitement verbalisé lors des entrevues. La compétence relationnelle s'inscrit ici comme un remède possible au malaise suscité par la compétence experte et se retrouve sensiblement davantage dans l'aide dite non médicale (soutien familial et des proches, consultation psychologique, travail social, etc.).

Les francophones présentent une conceptualisation supplémentaire selon le type de services en rapport à la langue. En effet, l'expertise et l'impersonnalité sont fortement associées à l'anglais alors que le français est plutôt associé à la compétence relationnelle. Sachant que le stigma découle de la représentation sociale des services de santé mentale, il nous est possible de conclure que l'offre active de services en français (Savard et coll., 2013 ; Drolet et coll., 2014) et la reconnaissance de l'importance de la langue par les professionnels joueront directement sur la notion « d'acceptabilité » dans l'utilisation des services (Negura, Moreau et Boutin, 2014 ; Gaborean, Negura et Moreau, accepté pour publication).

L'image de l'« asile » comporte, quant à elle, des représentations communes aux deux communautés linguistiques. Elle est directement associée au milieu de pratique des services médicaux et se conçoit conjointement avec la compétence experte. Elle est également formulée en opposition à la compétence relationnelle manifestée par les services non médicaux. L'image de l'« asile » a été toutefois considérablement différente chez les francophones en raison de la langue d'usage. En effet, bien que les aspects de la finalité et de la perte de contrôle aient été présents chez l'ensemble des répondants, la question de la langue est ressortie comme aggravante chez les francophones puisque leur peur de ne pas être compris exacerbait les notions de perte de contrôle et de la distinction expert-patient. Un milieu de services bilingue qui fait une offre active des services en français offrirait donc l'avantage de permettre la réappropriation des services et de favoriser l'association de l'aide à la compétence relationnelle.

L'identité dépressive, quant à elle, est étroitement liée à l'acceptabilité en raison du stigma qui lui est associé. Nos résultats permettent de croire que cette conception était partagée autant par les anglophones que par les francophones. Également commune aux deux groupes linguistiques, l'identité personnelle était érodée dans le contexte des services de santé mentale, qui n'accordent que très peu de place à l'individu et à ses besoins en dehors de l'optique médicale. Un changement d'approche, à nouveau fondé sur l'importance des compétences relationnelles, permettrait, en outre, de dissoudre l'identité unidimensionnelle du « malade » et d'encourager une représentation positive de l'individu en fonction de caractéristiques plus « humaines ». À cette fin, l'identité linguistique est un facteur de première importance.

Il n'est donc pas étonnant que les francophones présentent des distinctions profondes avec la majorité anglophone en ne pouvant pas dissocier les composantes de leur représentation sociale de l'appartenance linguistique. Le français constitue à la fois une identité à part entière, mais également un élément de revendication politique. Les services de santé mentale sont ainsi représentés par la lutte pour la reconnaissance et le bilinguisme en cours depuis des générations. Être francophone minoritaire n'est pas seulement une association passive, mais implique une forme de militantisme social qui s'étend à l'accès à des services de santé mentale adaptés (Drolet et coll., 2015).

Le fait d'appartenir à un groupe minoritaire semble donc soulever des questions psychosociales spécifiques dans la dynamique représentationnelle étudiée. D'abord, la nature « authentique » et personnalisée des relations sociales est systématiquement associée au français, alors que la nature formelle et impersonnelle est attribuée plutôt à langue majoritaire, au moins dans un contexte de demande d'aide. Ensuite, le sentiment de perte de contrôle est accentué chez le groupe minoritaire dans le contexte institutionnel, formel et associé au groupe majoritaire. Enfin, le caractère instrumental de la langue mis en relief dans le discours du groupe linguistique majoritaire est complété par un fort caractère identitaire, et même militant, chez le groupe minoritaire.

Enfin, l'analyse quantitative nous a permis de saisir une distinction dans la représentation des services de santé mentale chez les jeunes, qui ont une vision plus « humaine » et relationnelle de la santé mentale que leurs aînés. Ce constat rejoint les travaux de Galland et Roudet (2005) portant sur les différences générationnelles rattachées aux valeurs. En effet, suivant une méta-analyse d'enquêtes réalisées auprès de jeunes Européens, ces auteurs constatent que ces derniers, contrairement à la génération qui les précède, accordent beaucoup plus d'importance à leur propre jugement et à leur indépendance décisionnelle. Ils sont ainsi moins disposés à accepter des « vérités toutes faites » (Vultur, 2007 : 406). Dans le cas des services de santé mentale, cette attitude pourrait se traduire par un rejet plus marqué de l'expertise strictement médicale au profit d'une sensibilité accrue aux compétences relationnelles, dans l'esprit de ce que nos résultats semblent indiquer. L'analyse qualitative

n'a toutefois pas pu mettre en relief cette distinction, faute de données suffisantes. D'autres recherches devraient être menées pour explorer la validité de cette hypothèse.

Les résultats obtenus soutiennent le fondement représentationnel de l'acceptabilité sociale des services de santé mentale. D'un côté, l'élément représentationnel « nature de l'aide » met en contraste les compétences expertes, jugées froides et distantes, des professionnels de la santé et les compétences relationnelles, valorisées par les répondants, des autres aidants. Par ailleurs, la composante médicale de « l'identité dépressive », l'autre élément représentationnel, associée au stigma de la « folie », s'oppose à sa composante « personnelle », considérée comme plus « humaine ». Le troisième élément, « l'image de l'asile », témoigne également d'une tension entre la perte de contrôle associée au milieu institutionnel et le désir des personnes affectées par la dépression de reprendre le contrôle de leur vie. Nos données illustrent ainsi comment la représentation sociale peut avoir un effet sur la disposition des personnes dépressives appartenant au groupe minoritaire francophone à utiliser les services de santé mentale. Le même constat s'observe chez les jeunes qui opposent une vision « humaine » et relationnelle de la santé mentale à la vision médicale des personnes âgées.

Notre étude présente aussi des limites possibles. Premièrement, le recrutement effectué n'a pas permis d'assurer la représentativité des francophones minoritaires issus des minorités culturelles. En effet, seulement une personne d'origine culturelle non européenne a répondu à notre annonce. Deuxièmement, si la question de la langue a été largement développée dans les entrevues, la question de l'âge n'a pas été autant discutée par les participants. Cela peut expliquer pourquoi l'importance de l'âge dans la demande de services de santé mentale n'occupe pas une aussi grande place dans les contenus du discours des participants. D'autres études devront donc être menées pour explorer davantage le rôle de l'appartenance à une catégorie d'âge sur la configuration de la représentation sociale des services de santé mentale, plus précisément sur les particularités des jeunes par rapport aux personnes plus âgées.

Troisièmement, la méthode de traduction utilisée pour la création du corpus global a imposé des limites à l'analyse quantitative. En effet, bien que le programme *Systran* soit une plateforme de traduction reconnue, il ne traite pas toujours adéquatement le vernaculaire utilisé par les participants. Par exemple, le mot « peur » a été traduit en anglais par le terme plus suggestif « frightening » plutôt que « fear ». Ainsi, ces nuances de sens n'étaient pas prises en compte dans le calcul de la fréquence, ce qui a élargi le spectre du tableau de contingence et de l'analyse factorielle des correspondances. Ainsi, si toutes les entrevues avaient été menées en une langue, nous aurions pu retrouver une meilleure correspondance entre les discours des francophones et ceux des anglophones.

Quatrièmement, même si les trois éléments sociocognitifs de la représentation sociale des services relevés par notre analyse (la nature de l'aide, l'image de l'« asile » et l'identité dépressive) sont partagés par la majorité des répondants et organisent leurs discours, nous

n'avons pas pu affirmer avec certitude leur appartenance au noyau central de cette représentation. Des méthodes plus spécifiques de vérification de la centralité, comme la technique des schèmes cognitifs de base (Guimelli et Rouquette, 1992) ou l'induction par scénario ambigu (Moliner, 1993), auraient été nécessaires. Notre démarche méthodologique a permis cependant d'obtenir des résultats assez exacts sur l'organisation représentationnelle grâce à la triangulation de la méthode intégrée d'analyse de contenu et des méthodes lexicographiques.

Conclusion

Les services de santé mentale présentent encore de grandes lacunes lorsqu'il est question d'en « dé-stigmatiser » l'accès pour les populations francophones minoritaires. Dans ce contexte, il est impératif d'évaluer les barrières à l'accès aux services et de se questionner non seulement sur la nature de ceux-ci, mais également sur ce qui entraînerait une réticence à en faire usage. Nos résultats permettent de croire que l'acceptabilité est effectivement la conséquence de la représentation sociale des services de santé mentale et se joue au sein de trois grands schèmes sociocognitifs, soit l'identité dépressive, la nature de l'aide et l'image de l'« asile », chacun étant crucial pour comprendre les appréhensions, les craintes et le stigma associés aux services de santé mentale.

Il importe de remettre en question l'adoption d'une approche exclusivement médicale pour traiter la dépression et de reconnaître l'importance des sources informelles de soutien. Réduire l'individu à son diagnostic limite la possibilité de s'attaquer à certaines barrières que dresse le stigma associé à la santé mentale. En contrepartie, reconnaître l'importance d'offrir des services en français s'inscrit dans le rôle politique que les francophones minoritaires endossent comme partie intégrante de leur identité culturelle et renforce la compréhension de leur propre rôle dans la dissipation du stigma, du sentiment de perte de contrôle et de la réticence à consulter des services de santé mentale. Une reconnaissance linguistique n'est toutefois pas suffisante pour soutenir pleinement cette communauté. Il est également crucial de miser sur l'importance de la compétence relationnelle pour « humaniser » le regard des experts médicaux. En fin de compte, cela pourrait faciliter l'usage des services de santé mentale pour les francophones minoritaires en plus de bénéficier aux anglophones de façon collatérale, car ces derniers partagent certains éléments de la représentation sociale des services de santé mentale propre aux francophones. L'intérêt porté aux francophones minoritaires et le soutien qui leur est fourni seront donc bénéfiques pour l'ensemble des communautés.

Références

Abric, Jean-Claude (1989). « L'étude expérimentale des représentations sociales », dans Denise Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, p. 187-203.

Abric, Jean-Claude (1994). « L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique », dans Guimelli, Christian (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Paris, Delachaux et Niestlé, p. 73-84.

Bernier, Christiane (2009). « Citoyens de deuxième classe ? Perceptions de la santé et du système de soins chez les francophones du nord-est de l'Ontario », *Francophonies d'Amérique*, nº 28, p. 115-138.

Boutet, Josiane, et Dominique Maingueneau (2005). « Sociolinguistique et analyse de discours : façons de dire, façons de faire », *Langage et société*, vol. 4, nº 114, p. 15-47.

Bowen, Sarah, Michelle Gibbens, Jeannine Roy et Jeanette Edwards (2010). « From "multicultural health" to "knowledge translation": Rethinking strategies to promote language access within a risk management framework », *Journal of Specialised Translation*, vol. 14. En ligne : http://www.jostrans.org/issue14/art_bowen.php (consulté le 30 mai 2016).

Buetti, David, Lilian Negura et Marie-Hélène Gervais (2017). « L'intervention sociale auprès des hommes gais : considérations émergeant de la théorie des représentations sociales », *Revue canadienne de service social*, vol. 34, nº 1, p. 101-122.

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (2008). *Évaluation de la validité des preuves présentées dans l'étude intitulée « Language Barriers in health care settings: An annotated bibliography of the research literature »*, Rapport de recherche, Ottawa, Santé Canada. En ligne : http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H14-46-2008F.pdf.

Chomienne, Marie-Hélène, Jean Grenier, Isabelle Gaboury, William Hogg, Pierre Ritchie et Elina Farmanova-Haynes (2010). « Family doctors and psychologists working together: Doctors' and patients' perspectives », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 17, nº 2, p. 282-287.

de Moissac, Danielle, Florette Giasson et Margaux Roch-Gagné (2015). « Accès aux services sociaux et de santé en français : l'expérience des Franco-Manitobains », *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, nº 6, p. 42-65.

Drolet, Marie, Isabelle Arcand, Josée Benoît, Jacinthe Savard, Sébastien Savard et Josée Lagacé (2015). « Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français », *Revue canadienne de service social*, vol. 32, nº 1-2, p. 5-26.

Drolet, Marie, Jacinthe Savard, Josée Benoît, Isabelle Arcand, Sébastien Savard, Josée Lagacé, Sylvie Lauzon et Clair-Jehanne Dubouloz (2014). « Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals », *Qualitative Health Research*, vol. 24, nº 3, p. 295-305.

Dupuis-Blanchard, Suzanne, et Sylvain Vézina (2015). « La recherche au profit d'un meilleur accès aux services de santé en français », *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, nº 6, p. 3-16.

Flores, Glenn (2005). « The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review », *Medical Care Research and Review*, vol. 62, nº 3, p. 255-299.

Frank, Jason R., Linda Snell et Jonathan Sherbino (dir.) (2015) *CanMEDS 2015 pour les médecins*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En ligne : http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf (consulté le 11 avril 2017).

Gaborean, Florina, Lilian Negura et Nicolas Moreau (accepté pour publication). « Les enjeux intersectionnels de la demande de services de santé mentale au Canada : le cas des jeunes femmes dépressives francophones », *Revue canadienne de service social*.

Galland, Olivier, et Bernard Roudet (2005). *Les jeunes Européens et leurs valeurs : Europe occidentale, Europe centrale et orientale*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches ».

Gendron, Corinne (2014). « Penser l'acceptabilité sociale : au-delà de l'intérêt, les valeurs », *Communiquer, revue de communication sociale et publique*, vol. 11, p. 117-129.

Gérin-Lajoie, Diane (2004). « La problématique identitaire et l'école de langue française en Ontario », *Francophonies d'Amérique*, nº 18, p. 171-179.

Guimelli, Christian, et Michel-Louis Rouquette (1992). « Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurale des représentations sociales », *Bulletin de psychologie*, vol. 405, p. 196-202.

Hojat, Mohammadreza (2016). *Empathy in health professions education and patient care*, Suisse, Springer International Publishing.

Howarth, Caroline, Juliet Foster et Nike Dorrer (2004). « Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research—and vice versa ? », *Journal of Health Psychology*, vol. 9, nº 2, p. 229-243.

Inglehart, Ronald (1993). *La transition culturelle dans les sociétés industrielles avancées*, Paris, Economica, coll. « Politique comparée ».

Jodelet, Denise (1989). « Représentations sociales : un domaine en expansion », dans Denise Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF.

Kalampalikis, Nikos (2003). « L'apport de la méthode Alceste dans l'étude des représentations sociales », dans Jean-Claude Abric (dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales*, Paris, Éditions Erès, p. 147-163.

Lalhou, Saadi (1995). « Lexical analysis: An approach to social representations of food », dans Elfriede Feichtinger (dir.), *Current research into eating practices: Contributions of social sciences: 16. Annual scientific meeting of Agev and European I*, AGEV publication series (10), Francfort-sur-le-Main, Éditions Breidenstein.

Le Sphinx (2014). « La classification des données textuelles selon la méthode Alceste », *SpinxiDeas*. En ligne : http://www.lesphinx-developpement.fr/blog/?p=999 (consulté le 12 janvier 2016).

Ministère de la justice du Canada (2016). *État des lieux sur la situation de l'accès à la justice dans les deux langues officielles*, Ottawa, ministère de la Justice. En ligne : http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/franc/enviro/1.html (consulté le 11 avril 2017).

Moliner, Pascal (1993). « ISA : l'induction par scénario ambigu. Une méthode pour l'étude des représentations sociales », *Revue internationale de psychologie sociale*, vol. 6, nº 2, p. 7-21.

Negura, Lilian (2006). « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *Sociologies*, vol. 1, nº 1, p. 1-16.

Negura, Lilian (2016). *L'intervention en sciences humaines : l'importance des représentations*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Negura, Lilian, Nicolas Moreau et Émilie Boutin (2014). « La représentation sociale de la dépression et l'accès aux services de santé mentale des jeunes francophones canadiens en contexte minoritaire », *Penser les liens entre santé mentale et société. Les voies de la recherche en sciences sociales*, p. 117-140.

Nelson, Connie Holmes, et Jungwee Park (2006). « The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 62, nº 9, p. 2291-2300.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001). « Santé mentale : les ministres appellent à l'action », Genève, OMS. En ligne : http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf (consulté le 21 juin 2016).

Pearson, Caryn, Teresa Janz et Jennifer Ali (2013). « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances », Ottawa. En ligne : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf (consulté le 13 juillet 2016).

Reinert, Max (1993). « Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars », *Langage et société*, vol. 66, nº 1, p. 5-39.

Reinert, Max (2003). « Le rôle de la répétition dans la représentation du sens et son approche statistique par la méthode "ALCESTE" », *Semiotica*, vol. 147, p. 389-420.

Rivest, Marie-Pier, Nicolas Moreau et Lilian Negura (2017). « From affirmed privilege to experiences of discrimination: Majority Anglophones' perceptions of linguistic majority-minority dynamics in Canada », *Canadian Ethnic Studies = Études ethniques au Canada*, vol. 49, nº 1, p. 67-84.

Roth, Dee, et Dushka Crane-Ross (2002). « Impact of services, met needs and service empowerment on consumer outcomes », *Mental Health Services Research*, vol. 4, nº 1, p. 43-56.

Salone, Jean-Jacques (2014). « Analyse textuelle avec IRaMuTeQ et interprétations référentielles des programmes officiels de mathématiques en quatrième », *Sciences-Croisées*, nº 13, p. 1-13. En ligne : http://sciences-croisees.com/N13/Salone.pdf (consulté le 20 octobre 2015).

Savard, Sébastien, Isabelle Arcand, Marie Drolet, Josée Benoît, Jacinthe Savard et Josée Lagacé (2013). « Les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des francophones minoritaires : l'enjeu du capital social », *Francophonies d'Amérique*, nº 36, p. 113-133.

Stein, Judith A., Ronald Andersen et Lillian Gelberg (2007). « Applying the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations to health services utilization in homeless women », *Journal of Health Psychology*, vol. 12, nº 5, p. 791-804.

Stratta, Emily, David Riding et Paul Baker (2016). « Ethical erosion in newly qualified doctors: Perceptions of empathy decline », *International Journal of Medical Education*, vol. 7, p. 286-292.

SYSTRAN (2017). « Acteur mondial et pionnier des technologies de traduction ». En ligne : http://www.systran.fr/systran/ (consulté le 11 avril 2017).

Vézina, Sylvain (2015). « Bilan de santé : une analyse descriptive de l'état de la recherche sur la santé et les communautés francophones en situation minoritaire », *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, nº 6, p. 202-223.

Vultur, Mircea (2007). Recension de l'ouvrage *Les jeunes Européens et leurs valeurs : Europe occidentale, Europe centrale et orientale*, par Olivier Galland et Bernard Roudet, *Revue française de sociologie*, vol. 48, nº 2, p. 404-407.

Mots clés

minorité linguistique, francophones, santé mentale, services, dépression, représentation sociale

Keywords

linguistic minority, Francophones, mental health, services, depression, social representation

Correspondance

mleve031@uottawa.ca

lilian.negura@uottawa.ca

nicolas.moreau@uottawa.ca