

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**FEMMES IMMIGRANTES ET IDÉATIONS SUICIDAIRES : EXPÉRIENCES ET
TRAJECTOIRES DE SERVICES**

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

TABASOOM AKRAMI

MARS 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de mon parcours de maîtrise.

Avant tout, je remercie chaleureusement ma directrice de recherche, Lilyane Rachédi. Merci pour ton accompagnement bienveillant, tes conseils éclairés et tes mots d'encouragement qui m'ont permis d'avancer, même dans les moments les plus éprouvants.

À ma famille, merci d'avoir été à mes côtés dans cette traversée jalonnée de défis et d'émotions. Votre soutien constant, votre amour et vos encouragements ont été essentiels pour me relever lorsque je vacillais. Un remerciement tout particulier à mon père, qui nous a quittés peu avant le dépôt de ce mémoire. Papa, tu étais ma force, mon pilier. Tu m'as toujours inspirée à devenir une meilleure personne. Ton départ laisse un vide immense, mais ton amour continue de m'habiter, et tes enseignements resteront à jamais gravés dans mon cœur. Merci d'avoir été la racine solide sur laquelle j'ai pu me construire. Ce que je suis aujourd'hui porte la marque profonde de ton amour et de ton exemple.

Je remercie également mes amies, qui sont pour moi une véritable deuxième famille. Vous avez su m'entourer de votre présence dans les moments de joie comme dans les instants plus sombres, et pour cela, je vous serai éternellement reconnaissante.

Enfin, je tiens à remercier profondément les femmes qui ont participé à ma recherche. Merci d'avoir partagé vos histoires de vie avec tant de générosité et de confiance. Vos récits m'ont profondément touchée, et c'est avec un immense respect que je les porte désormais dans mon cœur.

DÉDICACE

À mon père qui n'est plus parmi nous : ce mémoire est pour toi.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
DÉDICACE.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 Le suicide dans le monde : quelques chiffres	3
1.1.1 Le suicide au Québec : état des lieux chiffré.....	4
1.1.2 Recension des écrits : méthode.....	5
1.1.2.1 Le suicide et la spécificité des femmes	5
1.1.2.1.1 Le suicide et la spécificité des personnes immigrantes	7
1.2 Idéations suicidaires et prévention du suicide	9
1.2.1 Synthèse et question de recherche	11
1.2.2 Objectifs de recherche	11
1.2.3 Pertinence sociale de la recherche	12
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL.....	14
2.1 La trajectoire migratoire	14
2.2 Les stratégies de coping.....	15
2.2.1 Richard Lazarus et Susan Folkman : la théorie dynamique du coping.....	16
2.3 Les représentations sociales : leurs avantages pour mieux comprendre le suicide en contexte interculturel	18
2.3.1 Serge Moscovici et le concept de représentation sociale.....	18
2.4 Articuler les représentations sociales à la culture : une place pour le courant ethnopsychiatrique	20
2.4.1 George Devereux et Tobie Nathan, les précurseurs de l'ethnopsychiatrie.....	20
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	23
3.1 Méthode de recherche : approche interculturelle et méthode qualitative descriptive.....	23
3.2 Collecte des données.....	24
3.2.1 Critères de sélection et échantillon	24
3.2.2 Recrutement des participantes	26
3.2.3 Portrait des participantes.....	27

3.2.4	Méthode de collecte de données : entrevues individuelles semi-dirigées	28
3.2.5	Déroulement des entrevues.....	28
3.2.6	Traitement et analyse des données	29
3.3	Considérations éthiques	30
3.4	Biais et limites de recherche	31
CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		32
4.1	La trajectoire migratoire des participantes.....	32
4.1.1	La période pré-migratoire.....	33
4.1.1.1	Des souvenirs d'enfance contrastés : entre attachement et mobilité	33
4.1.1.2	Contexte sociopolitique ou socioéconomique difficile	33
4.1.2	La période migratoire	34
4.1.2.1	Le voyage vers le Québec : une pluralité d'expériences migratoires.....	34
4.1.2.2	Les émotions ressenties : entre excitation, tristesse et inconscience.....	35
4.1.3	La période post-migratoire	36
4.1.3.1	Les défis d'adaptation : entre barrières linguistiques, pressions sociales et apprentissages	36
4.1.3.2	Les difficultés financières : des réalités partagées.....	36
4.1.3.3	Les défis familiaux : entre absence, tensions et violences	38
4.1.3.4	Lien avec la culture d'origine : distance et honte.....	38
4.1.3.5	Racisme systémique en milieu scolaire et universitaire : entre isolement et injustice.....	39
4.2	L'expérience avec les idéations suicidaires	40
4.2.1	Le vécu des participantes en lien avec les idéations suicidaires.....	40
4.2.1.1	Les facteurs liés à la sphère extérieure : des blessures académiques comme déclencheur de détresse	40
4.2.1.2	Les facteurs liés à la sphère intime	41
4.2.2	Les perceptions des participantes en lien avec la santé mentale	44
4.2.2.1	La signification du suicide : une vision commune	44
4.2.2.2	La normalisation et la banalisation de la santé mentale	45
4.3	Les stratégies de coping.....	46
4.3.1	Les stratégies centrées sur soi.....	46
4.3.1.1	L'activité physique	46
4.3.1.2	L'alimentation	46
4.3.1.3	Les comportements autodestructeurs.....	47
4.3.1.4	La religion comme facteur de protection.....	47
4.3.2	Le soutien des proches et le réconfort apporté par la présence d'un animal	48
4.3.2.1	La famille et les amis.....	48
4.3.2.2	Les animaux de compagnie et la communauté.....	49
4.4	La trajectoire des services en santé mentale	50
4.4.1	L'utilisation ou non des services en santé mentale.....	50
4.4.2	Les perceptions des participantes face aux services en santé mentale	51
CHAPITRE 5 ANALYSE ET DISCUSSION		53
5.1	Les effets de l'immigration : un constat fort.....	53
5.1.1	Trajectoire migratoire et charge mentale : des préoccupations cumulées.....	54

5.1.2	La violence structurelle et le racisme systémique : des caractéristiques récurrentes pour les femmes immigrantes	55
5.1.3	La transmission intergénérationnelle des traumas : des représentations à géométrie variable pouvant nuire à la santé mentale des femmes immigrantes	57
5.2	La résignation comme représentation sociale	58
5.3	Les stratégies de coping des femmes immigrantes : entre résilience, soutien social et reprise de pouvoir	59
5.3.1	Résilience individuelle et relationnelle dans un contexte migratoire : des tuteurs solides.....	60
5.3.2	Le soutien social : un filet de sécurité indispensable pour les femmes immigrantes	60
5.3.3	Reprise de pouvoir et autonomie : l’empowerment comme levier de transformation pour les femmes immigrantes	61
5.4	Dimensions identitaires en contexte migratoire : entre assignations, dépossession et intériorisation.	63
5.5	L’approche ethnopsychiatrique : pertinence pour les femmes immigrantes	64
	CONCLUSION	67
	ANNEXE A AFFICHE DE RECRUTEMENT	70
	ANNEXE B GRILLE D’ENTRETIEN	71
	ANNEXE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	72
	BIBLIOGRAPHIE	75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1.....	27
------------------	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

OMS	Organisation mondiale de la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
GEDPAS	Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CERPÉ	Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains

RÉSUMÉ

La mortalité par suicide constitue un problème de santé publique majeur, figurant parmi les principales causes de décès à l'échelle mondiale (World Health Organization, 2025). En 2022, 1142 personnes se sont enlevé la vie au Québec, ce qui représente un taux de 13,2 suicides par 100 000 personnes (Lévesque et Perron, 2025). Malgré un taux de suicide trois fois plus élevé chez les hommes, les femmes affichent des taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide beaucoup plus élevés. La dimension du statut d'immigration ajoute une complexité à la problématique, car malgré un taux plus de suicide plus faible, la population immigrante tend à sous-utiliser les services de santé mentale.

Ces observations soulèvent la question suivante : quelles sont les expériences des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires et quelles sont leurs trajectoires de services en santé mentale ? Cette recherche vise à documenter et mieux comprendre les expériences subjectives de ces femmes face aux idéations suicidaires, identifier les stratégies qu'elles mobilisent pour y faire face et examiner leur parcours à travers les services en santé mentale.

Reposant sur une approche qualitative, cette étude s'appuie sur cinq entretiens semi-dirigés menés auprès de femmes immigrantes vivant au Québec. Les résultats mettent en évidence l'impact cumulatif des défis liés à la trajectoire migratoire, notamment la charge mentale, les violences structurelles et la transmission intergénérationnelle des traumatismes. Malgré ces difficultés, les participantes déploient diverses stratégies de coping, qu'elles soient internes (résilience, empowerment) ou externes (soutien social). Par ailleurs, elles soulignent la difficulté d'accéder à des services en santé mentale adaptés, ainsi que l'inadéquation de ces services face à leurs réalités.

Ces constats renforcent la pertinence d'une approche ethnopsychiatrique, sensible aux dimensions culturelles des personnes immigrantes. L'étude souligne ainsi l'importance d'adapter les interventions en santé mentale aux réalités plurielles des femmes immigrantes, en tenant compte de leurs trajectoires migratoires et des dynamiques sociostructurelles qui influencent leur bien-être.

Mots clés : femmes, idéations suicidaires, trajectoire migratoire, stratégies de coping, résilience, empowerment, soutien social, ethnopsychiatrie.

ABSTRACT

Suicide mortality is a major public health issue and ranks among the leading causes of death worldwide (World Health Organization, 2025). In Quebec, 1142 people died by suicide in 2022, which is a rate of 13.2 suicides per 100 000 people (Lévesque et Perron, 2025). Although men die by suicide more often, women are more frequently hospitalized after suicide attempt. For immigrant populations, the situation is more complex. Even if their suicide rates are lower, they often do not use mental health services as much as the general population.

This study explores the following question : what are the experiences of immigrant women who have had suicidal thoughts, and what are their trajectories within the mental health care system? The goals are to understand their personal experiences, to identify the coping strategies they use, and to examine how they seek and use mental health services.

The research is based on a qualitative approach using five semi-structured interviews with immigrant women living in Quebec. The results show that these women face many challenges related to migration, such as emotional overload, systemic barriers and transmission of intergenerational trauma. Despite these difficulties, they use various coping strategies, both internal (resilience, empowerment) and external (social support). However, many say that mental health services are hard to access and not well adapted to their cultural background.

The study highlights the importance of using an ethnopsychiatric approach, which takes into account people's cultural and migration experiences. It also shows the need for mental health services that are more inclusive and better suited to the diverse realities of immigrant women.

Keywords : women, suicidal ideation, migration trajectory, coping strategies, resilience, empowerment, social support, ethnopsychiatry.

INTRODUCTION

Mon intérêt pour la santé mentale s'est développé dès mon entrée au cégep et il a pris de plus en plus d'ampleur à travers les années, à mesure que je prenais conscience de sa complexité et de ses multiples dimensions. Pourtant, cet intérêt ne s'est pas imposé naturellement dans mon parcours. J'ai grandi dans un environnement où la santé mentale demeurerait un sujet largement tabou, entouré de silence et parfois de honte, en raison de normes culturelles profondément ancrées. Malgré cela, j'ai choisi de m'engager activement dans la compréhension des enjeux psychosociaux, jusqu'à orienter mon parcours vers le travail social et à m'investir professionnellement dans un service de première ligne.

Dans ce contexte, j'interviens auprès de nombreuses personnes confrontées à une diversité de détresses psychosociales. Certaines présentent une santé mentale fragilisée et il m'arrive régulièrement d'intervenir auprès de personnes vivant avec des idéations suicidaires. Mon rôle consiste alors à les accompagner dans la mise en place d'autosoins et à les orienter vers des services de deuxième ligne, tout en m'assurant de leur sécurité immédiate avec sensibilité et rigueur.

Ces expériences m'ont permis de constater que les comportements liés aux idéations suicidaires, tout comme les recours aux services de santé mentale, varient significativement selon le genre, le bagage culturel et le statut migratoire. Une observation m'a particulièrement marquée : la capacité de certaines femmes issues de l'immigration à faire appel à des ressources intérieures pour faire face à leur souffrance. Bien que cette résilience ne soit pas toujours visible, elle est pourtant bien réelle et mérite d'être mieux comprise.

C'est à partir de cette réflexion que s'inscrit le présent mémoire de recherche. Il vise à décrire les expériences subjectives des femmes issues de l'immigration ayant vécu des idéations suicidaires, en portant une attention particulière à leur rapport aux services en santé mentale. Ont-elles eu recours à ces services? Si non, qu'est-ce qui a freiné leur accès ou leur désir de consulter? Et dans tous les cas, comment ont-elles traversé ce moment critique de leur trajectoire? En donnant la parole à ces femmes, cette recherche souhaite rendre visible des réalités peu connues et contribuer à une meilleure compréhension des enjeux qui façonnent leur vécu et leurs choix.

Ce mémoire se structure en cinq parties. D'abord, dans un premier chapitre, une mise en contexte de la problématique ainsi qu'une recension des écrits permettront de dresser un portrait du suicide au Québec en y intégrant les dimensions du genre et la spécificité de l'immigration. Ensuite, un second chapitre présente le cadre conceptuel qui viendra préciser les notions centrales qui orienteront l'analyse. Le troisième chapitre, quant à lui, présentera la méthodologie de recherche ainsi que les balises éthiques adoptées pour garantir le respect et la sécurité des participantes. Le quatrième chapitre dresse les résultats de l'étude, suivis d'un dernier chapitre qui livre une analyse approfondie mettant en lumière les enjeux soulevés par les récits des femmes rencontrées. Une conclusion termine ce mémoire avec des recommandations et des pistes pour de futures recherches.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

La mortalité par suicide constitue un problème de santé publique majeur qui touche l'ensemble des sociétés. Bien qu'en apparence le suicide soit un geste individuel, la sociologie nous enseigne qu'il s'agit d'un phénomène social (Broudic, 2008 ; Durkheim, 1897). En effet, le sociologue Émile Durkheim a démontré, dès la fin du XIX^e siècle, que le suicide est influencé par des facteurs collectifs et qu'il reflète des dynamiques sociétales plus larges (Durkheim, 1897). Par conséquent, comprendre le suicide exige donc de tenir compte du contexte social dans lequel il s'inscrit, ainsi que de plusieurs autres variables qui l'entourent.

Dans cette recherche, je m'intéresse particulièrement à l'expérience des idéations suicidaires chez les femmes immigrantes au Québec et à leur trajectoire au sein des services en santé mentale.

Pour comprendre cela, un portrait général du suicide dans le monde sera d'abord présenté suivi d'un bref historique chiffré du suicide au Québec. Ensuite, la question du suicide sera examinée sous l'angle du genre et du statut d'immigration à travers une recension des écrits. Puis, la question de recherche et les objectifs seront exposés ainsi que la pertinence sociale de cette étude.

1.1 Le suicide dans le monde : quelques chiffres

Le suicide constitue l'une des principales causes de décès à l'échelle mondiale (World Health Organization, 2025). Chaque année, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) compte plus de décès liés au suicide que de décès liés à la malaria, au VIH, au cancer du sein, aux homicides ou aux crimes de guerre (World Health Organization, 2025). En 2021, environ 727 000 personnes ont mis fin à leurs jours ce qui représente un taux de suicide global de 8,9 décès par 100 000 habitants (World Health Organization, 2025). Toutefois, ce taux global masque d'importantes disparités entre les régions du monde. Les taux de suicide étaient plus élevés que la moyenne mondiale dans les régions d'Afrique (11,5 par 100 000 habitants), d'Europe (10,1 par 100 000 habitants), d'Asie du Sud-Est (10,1 par 100 000 habitants) et des Amériques (9,2 par 100 000 habitants) tandis que le taux le plus bas était observé au sein de la Méditerranée orientale (4,0 par 100 000 habitants) (World Health Organization, 2025). La région du Pacifique occidental affichait un taux de 7,5 par

100 000 habitants (World Health Organization, 2025). En ce qui concerne le Canada spécifiquement, le taux de suicide enregistré était de 9.9 par 100 000 habitants ce qui est relativement proche de la moyenne mondiale (World Health Organization, 2025).

1.1.1 Le suicide au Québec : état des lieux chiffré

Le Québec a connu une trajectoire particulière en matière de suicide au fil des années (Tremblay, 2007). Historiquement, le Québec affichait l'un des taux de suicide le plus bas parmi les provinces canadiennes (Tremblay, 2007). Cependant, à partir des années 1970, le Québec est devenu la province qui en comptait le plus avec une hausse importante jusqu'à atteindre son point culminant en 1999 (Gagné et St-Laurent, 2008 ; Tremblay, 2007). Le taux de mortalité par suicide était de 22,2 décès pour 100 000 habitants (Gagné et St-Laurent, 2008). Cette tendance préoccupante a conduit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à mettre en place une stratégie d'action provinciale visant à freiner cette progression et inverser la courbe (Gagné et St-Laurent, 2008). Depuis le début du XXI^e siècle, une diminution progressive du taux de suicide a été constatée (Gagné et St-Laurent, 2008). En effet, selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le taux de suicide au Québec a diminué en moyenne de 1.3% par an depuis 2004 (Lévesque et Perron, 2025). Les données les plus récentes indiquent qu'en 2022 1142 personnes se sont enlevé la vie au Québec, ce qui correspond à un taux de 13,2 suicides par 100 000 personnes (Lévesque et Perron, 2025). Bien que la tendance générale soit à la baisse, d'importantes disparités subsistent selon le genre et le statut. Ces disparités seront abordées plus en détail dans les prochaines sections.

Les statistiques démontrent que le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Lévesque et Perron, 2025). Toutefois, les femmes affichent des taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide beaucoup plus élevés que les hommes : 50.6 pour 100 000 chez les femmes contre 32 pour 100 000 chez les hommes (Lévesque et Perron, 2025). Cet écart s'est relativement creusé depuis 2010 puisqu'il y a eu une augmentation considérable d'hospitalisations chez les femmes (Lévesque et Perron, 2025). En outre, depuis 2016, le taux de visites aux urgences pour idéations suicidaires chez les femmes a augmenté de 2% par an et cette augmentation est particulièrement marquée chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans (Lévesque et Perron, 2025). Donc, même si le taux de suicide chez les femmes est trois fois moins élevé que chez les hommes, ces

dernières sont davantage hospitalisées et consultent plus souvent les urgences pour tentatives de suicide et idéations suicidaires.

Au-delà de ces données chiffrées, que nous dit la littérature scientifique sur les enjeux entourant le suicide, en particulier chez les femmes et les personnes issues de l'immigration? La recension des écrits qui suit permettra de mieux comprendre les dynamiques sous-jacentes à ces réalités.

1.1.2 Recension des écrits : méthode

Pour la recension des écrits, nous avons effectué des recherches sur plusieurs bases de données, dont Sofia, Érudit, Cairn, Google scholar, Archipel et Social Services Abstracts. Différentes combinaisons de mots clés ont été utilisées afin de trouver des articles variés et pertinents à notre sujet de recherche. Les principaux mots clés employés étaient : suicide, femme, immigration, santé mentale et facteur de protection. Des synonymes de ces mots clés ont également été utilisés. La littérature qui a émergé de cette recension des écrits est principalement nord-américaine et couvre la période de 1985 à 2025. À la suite de cette recension des écrits, les résultats seront présentés ci-dessous en plusieurs sections. La première section portera sur le lien entre le suicide et le genre. La deuxième section traitera du lien entre le suicide et le statut d'immigration. Puis, la dernière section présentera une définition des idéations suicidaires.

1.1.2.1 Le suicide et la spécificité des femmes

De prime abord, une des variables dont il faut inévitablement tenir compte quand on parle de suicide est le genre, puisque des disparités significatives sont mises en évidence dans la littérature scientifique. Selon le rapport de l'INSPQ, en 2022, le taux de suicide chez les hommes s'élevait à 20,0 pour 100 000 personnes, tandis que celui des femmes était de 6,5 pour 100 000, soit un taux trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Lévesque et Perron, 2025). Les statistiques indiquent donc que les femmes auraient toute proportion gardée moins tendance à s'enlever la vie que les hommes. Toutefois, les femmes affichent des taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide beaucoup plus élevés que les hommes : 50,6 pour 100 000 chez les femmes contre 32 pour 100 000 chez les hommes (Lévesque et Perron, 2025). Cet écart s'est relativement creusé depuis 2010 puisqu'il y a eu une augmentation considérable d'hospitalisations chez les

femmes (Lévesque et Perron, 2025). En outre, depuis 2016, le taux de visites aux urgences pour idéations suicidaires chez les femmes a augmenté de 2% par an et cette augmentation est particulièrement marquée chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans (Lévesque et Perron, 2025). Donc, même si le taux de suicide chez les femmes est trois fois moins élevé que chez les hommes, ces dernières sont davantage hospitalisées et consultent plus souvent les urgences pour tentatives de suicide et idéations suicidaires.

De nombreuses recherches se sont intéressées aux raisons expliquant ces différences de genre dans les comportements suicidaires (Cousteaux et Shon, 2008 ; Griffin *et al.*, 2022 ; Michaud *et al.*, 2021 ; Roy, 2012).

Tout d'abord, les chercheurs Michaud, Brovelli et Bourquin (2021) soutiennent que les hommes et les femmes réagissent différemment à la souffrance psychologique. Selon eux, les hommes supportent moins bien cette souffrance, notamment parce qu'ils ont généralement connu des parcours de vie plus stables et privilégiés liés à leur statut de genre (Michaud *et al.*, 2021). De plus, leur éducation, influencée par des stéréotypes de rôles genrés (ex.: les hommes ne pleurent pas), leur apprend à « rester stoïques », c'est-à-dire à cacher leurs émotions et à rester forts (Michaud *et al.*, 2021 : p.1266). Dans cette perspective, la théorie des scénarios culturels du suicide développée par Silvia Canetto (2021) offre un éclairage complémentaire. Selon cette théorie, chaque culture définit des scénarios suicidaires propres à chaque groupe social, notamment genré, qui détermine pour qui et dans quel contexte le suicide est perçu comme socialement « acceptable » (Canetto, 2021). Par exemple, les hommes ont tendance à recourir à des méthodes plus létales, comme l'usage d'armes à feu, car leur socialisation valorise le non-échec, tandis que les femmes, socialisées à exprimer leur détresse, utilisent davantage des moyens moins létaux, associés à des tentatives plutôt qu'à des actes fatals (Canetto, 2021 ; Michaud *et al.*, 2021).

Par ailleurs, plusieurs auteurs s'accordent à dire que la socialisation masculine expose les hommes à un ensemble de normes de genre pouvant accroître leur vulnérabilité face au suicide (Cousteaux et Shon, 2008 ; Eggenberger *et al.*, 2024 ; Griffin *et al.*, 2022 ; Roy et Des Rivières-Pigeon, 2011). Ces normes valorisent la force, l'autonomie et le contrôle émotionnel, tout en stigmatisant l'expression de la souffrance et la demande d'aide (Eggenberger *et al.*, 2024 ; Griffin *et al.*, 2022). L'étude de Griffin et ses collègues (2022) montre que l'adhésion à la norme

d'autosuffisance masculine constitue un facteur de risque important. Plus les hommes croient devoir faire face seuls à leurs difficultés, plus ils sont susceptibles d'avoir des idéations suicidaires (Griffin *et al.*, 2022). Cousteaux et Pan Ké Shon (2008) ajoutent que le mal-être des hommes est souvent invisible, car il s'exprime à travers des comportements socialement valorisés ou tolérés, tels que la consommation d'alcool ou le retrait social, plutôt que par une demande explicite d'aide. Cette invisibilisation du mal-être devient particulièrement problématique en situation de crise suicidaire. Roy et Des-Rivières-Pigeon (2011) ont ainsi montré que les hommes suicidaires sont constamment en tension avec les normes viriles intériorisées, ce qui rend la demande d'aide d'autant plus complexe.

Enfin, la littérature scientifique regorge d'articles et de recherches sur les comportements suicidaires des hommes (Eggenberger *et al.*, 2024 ; Griffin *et al.*, 2022 ; Roy, 2012) comparativement aux études sur les comportements suicidaires des femmes qui sont rares. Ces recherches tentent particulièrement de comprendre les facteurs de risque suicidaire entourant le genre masculin considérant que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pourtant, les données montrent que les femmes font plus de tentatives de suicide que les hommes (Lévesque et Perron, 2025). Il serait donc pertinent d'approfondir ces enjeux afin de mieux comprendre les formes genrées de souffrance et de désespoir qui affectent les femmes. Cette réflexion sur les différences de genre dans les comportements suicidaires invite également à considérer d'autres dimensions sociales, telles que le statut migratoire qui peut accentuer la vulnérabilité de certaines populations face au suicide.

1.1.2.1.1 Le suicide et la spécificité des personnes immigrantes

À cette dimension de genre, qui nous conduit à centrer notre recherche sur la question du suicide au féminin, il convient d'ajouter la dimension du statut d'immigration et ce, en dépit du genre autour de la question du suicide, où d'importantes différences sont observables également. En effet, Éric Caron Malenfant démontre dans son article *Le suicide chez les immigrants au Canada* (2004) que les personnes issues de l'immigration sont moins susceptibles de se suicider que les personnes nées au Canada. Pour appuyer cela, il indique que, parmi le nombre moyen de suicides enregistrés par année de 1995 à 1997, « 537 ont été commis par des immigrants et 3 328 par des personnes nées au Canada » (Caron-Malenfant, 2004 : p.12). Dans le même ordre d'idées, Statistique Canada

rapporte que 6% des immigrants au Canada ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, contre 14% chez les personnes nées au Canada (Yang *et al.*, 2022). De surcroît, le taux de décès par suicide chez les immigrants est deux fois moins élevé que le taux chez les personnes nées au Canada (Yang *et al.*, 2022).

Plusieurs facteurs peuvent rendre compte de cette faible propension au suicide chez les personnes immigrantes. D'abord, la solidarité communautaire et les liens sociaux étroits qu'elles entretiennent avec les membres de leur communauté ethnique, particulièrement dans les grandes villes, peuvent agir comme des facteurs de protection contre le suicide en réduisant leurs difficultés d'acclimatation (Bélanger *et al.*, 2007 ; Caron-Malenfant, 2004). Ensuite, certains traits culturels acquis dans le pays d'origine, comme la solidarité familiale et la stigmatisation entourant le suicide, renforcent également cette protection (Bélanger *et al.*, 2007). Enfin, le processus de sélection des immigrants, qui évalue leur santé physique et mentale avant leur admission au pays, pourrait aussi jouer un rôle dans cette différence statistique (Caron-Malenfant, 2004).

Par ailleurs, la santé mentale constitue un facteur déterminant dans la vulnérabilité au suicide, tant chez les personnes immigrantes que chez les personnes nées au Canada (Yang *et al.*, 2022). En effet, les troubles de l'humeur, tels que l'anxiété et la dépression, peuvent augmenter le risque d'idées suicidaires (Yang *et al.*, 2022). Ces manifestations psychologiques s'inscrivent toutefois dans des dynamiques sociales et migratoires plus larges, dont l'analyse sera approfondie dans le cadre conceptuel. Ainsi, l'évaluation de l'état de santé mentale et des stratégies mises en place pour en prendre soin est essentielle dans la prévention du suicide. Parmi les principaux facteurs de protection contre le suicide, la consultation d'un professionnel en santé mentale joue un rôle clé pour les personnes qui présentent un risque d'idées suicidaires (Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2022). Toutefois, les recherches soulignent que les personnes immigrantes ont tendance à sous-utiliser les services en santé mentale et ce, pour diverses raisons (Ourhou, 2020). Cette sous-utilisation des services en santé mentale s'explique notamment par des barrières culturelles et linguistiques, une méconnaissance des ressources en santé mentale disponibles dans le pays d'accueil ainsi que par des attitudes négatives à l'égard de la psychiatrie (Ourhou, 2020).

Dans ce contexte, une interrogation majeure émerge : comment les personnes issues de l'immigration parviennent-elles à se protéger contre le suicide, alors qu'elles utilisent moins les

services en santé mentale ? Une analyse approfondie de leurs stratégies de survie et des ressources alternatives mobilisées permettrait de mieux comprendre ce phénomène et d'adapter les interventions en prévention du suicide.

À la lumière des recherches précédentes, plusieurs constats peuvent être formulés. D'une part, les données confirment que les personnes immigrantes présentent un taux de suicide inférieur à celui des personnes nées au Canada (Caron-Malenfant, 2004 ; Yang *et al.*, 2022). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet écart, notamment le processus de sélection des immigrants avant leur admission au pays, les traits culturels protecteurs tels que la solidarité familiale et la stigmatisation du suicide, ainsi que le soutien communautaire important au sein des communautés immigrantes (Bélanger *et al.*, 2007 ; Caron-Malenfant, 2004). D'autre part, une distinction notable entre les genres se manifeste dans les comportements suicidaires. Bien que les hommes présentent un taux de décès par suicide nettement plus élevé que les femmes, ces dernières effectuent davantage de tentatives de suicide (Cousteaux et Shon, 2008 ; Lévesque et Perron, 2025).

En combinant la variable du genre et celle du statut d'immigration, il devient possible d'étudier le phénomène du suicide sous un angle encore peu étudié : celui des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires. Cette perspective ouvre la voie à une meilleure compréhension des spécificités propres à cette population face à ces idéations. Dans cette optique, il est essentiel de définir ce qu'est une idéation suicidaire puisque cette recherche s'y intéresse particulièrement.

1.2 Idéations suicidaires et prévention du suicide

Avant de poser un geste suicidaire, les individus sont inévitablement confrontés à des idéations suicidaires (Nock *et al.*, 2008). Selon l'INSPQ, « les idéations suicidaires réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie » (Mishara, 2018 : p.318). Elles peuvent inclure une certaine planification du passage à l'acte suicidaire, telle que le choix d'un moyen, d'un lieu ou d'un moment précis (Mereus, 2006). L'idéation suicidaire peut également varier en intensité, allant de pensées vagues et passagères de s'enlever la vie à des ruminations intrusives persistantes entourant la mort, voire à des plans très concrets de suicide (Ionita et Courtet, 2010). Dans ce

mémoire, nous allons recourir à la terminologie *idéation suicidaire* en nous appuyant sur la définition présentée ci-dessus.

Au Québec, plusieurs outils ont été mis en place par le gouvernement afin de prévenir les comportements suicidaires (Duchesne *et al.*, 2024 ; Lévesque et Perron, 2025 ; Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2022 ; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Une première stratégie nationale de prévention du suicide a été publiée en 1998 (Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2022). En continuité avec cette initiative, une nouvelle stratégie s'échelonnant de 2022 à 2026 a été adoptée par le gouvernement (Lévesque et Perron, 2025 ; Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2022). Celle-ci repose sur quatre grands axes, soit la promotion de la santé mentale et la sensibilisation à la prévention du suicide, la prévention des idéations suicidaires et des tentatives de suicide, la formation et le soutien des professionnels et des intervenants, ainsi que le développement et l'intégration des connaissances et l'actualisation des pratiques (Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2022). Cette stratégie vise non seulement à réduire la prévalence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide, mais également à faire diminuer de 10% le taux de décès par suicide d'ici 2026 (Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2022).

Sur le plan clinique, les professionnels de la santé et des services sociaux utilisent également des outils d'évaluation du risque suicidaire afin de guider leurs interventions. L'un des plus répandus au Québec est la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS), qui adopte une approche orientée vers les solutions et vise à estimer le danger tout en suscitant l'espoir chez la personne accompagnée (Duchesne *et al.*, 2024).

Par ailleurs, en matière de surveillance et de suivi, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie chaque année, depuis 2004, un rapport qui présente les données les plus récentes sur le suicide dans la province (Duchesne *et al.*, 2024). Selon ces données, les différentes stratégies de prévention mises en oeuvre ont contribué à une diminution notable des taux de suicide dans la province, mais des préoccupations demeurent quant à leur efficacité et leur adaptation aux réalités diversifiées des populations (Duchesne *et al.*, 2024).

1.2.1 Synthèse et question de recherche

Ce premier chapitre consacré à la problématique du suicide met en évidence l'ampleur de cet enjeu de santé publique, tant à l'échelle mondiale que dans le contexte spécifique du Québec. La revue de littérature souligne que le suicide demeure une cause de décès majeure à travers le monde, bien que son incidence varie selon les régions. Au Québec, malgré des fluctuations au fil des années, une tendance générale à la baisse est observée. La discussion sur le genre met en lumière des disparités importantes : les hommes présentent un taux de suicide significativement plus élevé que celui des femmes, mais les femmes sont plus nombreuses à faire des tentatives de suicide ce qui soulève des questionnements sur les différences liées à la socialisation, aux méthodes employées et aux normes culturelles qui influencent ces comportements.

Par ailleurs, la dimension du statut d'immigration ajoute une complexité à la problématique. Les personnes immigrantes affichent un taux de suicide inférieur à celui des personnes nées au Canada, suggérant l'existence d'éléments protecteurs comme la solidarité communautaire et certains traits culturels spécifiques. Toutefois, malgré ce taux plus bas, les personnes immigrantes tendent à sous-utiliser les services de santé mentale ce qui ouvre la voie à une réflexion approfondie sur les stratégies alternatives qu'elles mobilisent pour préserver leur santé mentale. La combinaison de la variable du genre et du statut d'immigration offre un angle d'analyse novateur, particulièrement dans le contexte des femmes immigrantes et de leurs expériences d'idéations suicidaires.

En somme, ce chapitre a permis de poser les bases d'une réflexion qui sera développée plus en détail dans les chapitres suivants et de mettre en évidence la pertinence de se pencher sur les expériences des femmes immigrantes relatives aux idéations suicidaires et aux services en santé mentale. De ce fait, il serait intéressant de se poser la question suivante : quelles sont les expériences des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires et quelles sont leurs trajectoires au sein des services en santé mentale ?

1.2.2 Objectifs de recherche

La combinaison de la variable du genre et du statut d'immigration pourrait être une piste intéressante à explorer en ce qui concerne la question du suicide. En d'autres mots, il serait

intéressant d'étudier l'expérience des idéations suicidaires chez les femmes issues de l'immigration afin de mieux comprendre comment elles perçoivent le suicide et comment elles font face aux idéations suicidaires. Ceci pourrait également permettre d'expliquer le faible taux de suicide des femmes et des personnes immigrantes comparativement à celui des hommes et des personnes natives ainsi que le nombre important de tentatives de suicides chez les femmes.

Donc, l'objectif principal de cette recherche est de :

- Documenter et mieux comprendre l'expérience des femmes immigrantes qui font face à des idéations suicidaires et leurs trajectoires au sein des services en santé mentale.

Les objectifs sous-jacents sont :

- D'identifier les stratégies mises en place par les femmes immigrantes pour traverser ces idéations suicidaires.
- D'identifier les trajectoires des femmes immigrantes au sein des services en santé mentale.

1.2.3 Pertinence sociale de la recherche

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche scientifique et sociale qui vise à combler un vide important dans la littérature sur le suicide, en particulier chez les femmes issues de l'immigration. En s'intéressant à leurs expériences relatives aux idéations suicidaires ainsi qu'à leurs parcours au sein des services en santé mentale, cette recherche cherche à mettre en lumière une réalité encore peu étudiée.

Les retombées de ce travail sont multiples. D'une part, il contribue à l'avancement des connaissances en enrichissant la compréhension du phénomène suicidaire dans un contexte migratoire. D'autre part, il permet de mieux saisir les réalités psychosociales vécues par les femmes immigrantes, favorisant ainsi l'élaboration de pratiques d'intervention en santé mentale plus

culturellement sensibles et adaptées et une prévention plus efficace des gestes suicidaires au sein de cette population.

Au-delà de ces dimensions, ce mémoire se donne également pour rôle de faire entendre la voix de ces femmes. En leur offrant un espace pour raconter leur vécu, il s'agit de reconnaître leur expérience et de valoriser leur parole comme un levier essentiel pour améliorer les réponses sociales et cliniques à leur détresse.

En somme, nous espérons que cette recherche contribuera à une meilleure reconnaissance, compréhension et prise en charge de la souffrance psychologique vécue par les femmes immigrantes. L'analyse de leurs expériences s'appuiera sur un cadre conceptuel qui sera présenté dans le chapitre suivant. Celui-ci portera notamment sur la trajectoire migratoire, les stratégies de coping et les représentations sociales.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Notre cadre conceptuel repose sur trois concepts. Dans un premier temps, le concept de trajectoire migratoire sera présenté afin de mieux comprendre comment celui-ci peut influencer la santé mentale des femmes immigrantes. Plusieurs recherches antérieures ont aussi démontré que la culture joue un rôle central dans la manière dont le suicide est représenté (Kirmayer *et al.*, 2011 ; Lester, 2008 ; Mereus, 2006). Cela nous amène à explorer le concept de représentation sociale, qui permettra de saisir comment ces constructions culturelles influencent la perception du suicide. Pour comprendre comment ces représentations, articulées à la culture, se traduisent dans les comportements, une attention particulière sera portée aux stratégies de coping mobilisées en contexte de détresse psychologique, notamment dans les situations pouvant mener à des conduites suicidaires. Enfin, l'intégration du courant ethnopsychiatrique s'avère indispensable comme modèle de pratique d'accompagnement chez les femmes immigrantes.

2.1 La trajectoire migratoire

L'histoire de l'humanité s'est construite à travers les mouvements migratoires (Guilbert, 2005). Les raisons qui poussent une personne à migrer varient considérablement : il peut s'agir de raisons économiques, familiales, politiques ou liées à des enjeux de sécurité (Guilbert, 2005). Dans le contexte contemporain, la migration se manifeste par des déplacements multidirectionnels, marqués par des allers-retours entre différents espaces géographiques (Guilbert, 2005). Ces déplacements impliquent « des réaménagements des identifications culturelles et sociales et des appartenances à des groupes ou à des réseaux locaux, nationaux ou transnationaux » (Guilbert, 2005 : p.5).

La migration constitue ainsi une transition qui engage les personnes immigrantes dans un processus d'adaptation à des contextes nouveaux et complexes (Duchesne *et al.*, 2024). La considération de cette transition est importante pour nous, car rappelons que la santé mentale des femmes immigrantes s'inscrit aussi dans un contexte de transformations et de ruptures, qu'elles soient géographiques, culturelles ou relationnelles, liées à la migration.

Le concept de trajectoire migratoire permet de mieux saisir l'ampleur et les répercussions de ces changements sur les individus. Plusieurs chercheurs se sont penchés sur ce concept (Jolivet, 2007 ; Rachédi, 2009 ; Vatz Laaroussi, 2009). Pour ce mémoire, la définition retenue est celle proposée par Rachédi et Vatz Laaroussi (2021) qui décrivent la trajectoire migratoire comme un processus dynamique et complexe qui croise les dimensions spatiotemporelles, culturelles et structurelles.

Ce processus comprend trois phases : la phase pré-migratoire, la phase migratoire et la phase post-migratoire. La phase pré-migratoire correspond à l'élaboration du projet migratoire, souvent nourri par l'espoir d'un avenir meilleur, mais aussi traversé par des incertitudes et des obstacles (Rachédi et Vatz Laaroussi, 2021). La phase migratoire, quant à elle, constitue la traversée migratoire qui peut impliquer des séparations familiales ou des deuils importants (Rachédi et Vatz Laaroussi, 2021). Puis, la phase post-migratoire recouvre l'installation dans la société d'accueil et le processus d'adaptation qui peut être accompagné de chocs culturels (Rachédi et Vatz Laaroussi, 2021). Il convient d'ajouter que tout au long de cette trajectoire, les personnes immigrantes vont mobiliser une multitude de stratégies pour faire face à l'adversité. Rachédi et Vatz Laaroussi soulignent l'importance de ne jamais exclure les dynamiques familiales et les réseaux transnationaux dans la migration puisque ces derniers sont de puissants tuteurs de résilience notamment à travers les grandes étapes du cycle de la vie (naissance, deuil, mariage, vieillissement, etc.).

Bien qu'il existe un lien clair entre migration et santé mentale, les effets psychologiques varient selon les groupes et les contextes migratoires (Carroll *et al.*, 2023). Ainsi, intégrer la notion de trajectoire migratoire dans l'analyse des idéations suicidaires des femmes immigrantes est fondamental puisqu'elle permet de mieux saisir l'impact de leur parcours sur leur bien-être psychologique et sur leurs recours (ou non) aux services de santé mentale. Elle permet aussi de mesurer le poids potentiel des adaptations multiples et des stratégies pour y faire face.

2.2 Les stratégies de coping

Pour définir les mécanismes d'adaptation, nous nous référerons au concept de stratégies de coping qui indiquent que les individus sont constamment confrontés à des situations susceptibles de générer en eux des émotions. Ils évaluent en permanence les stimuli provenant de leur environnement et ce processus d'évaluation permet de déterminer la manière dont une situation est

perçue : si elle est jugée menaçante, incertaine ou dépassant les ressources personnelles, elle suscite alors une réponse émotionnelle (Biggs *et al.*, 2017). Lorsque ces stimuli sont perçus comme stressants ou nuisibles, les individus mobilisent des mécanismes d'adaptation appelés stratégies de coping (Biggs *et al.*, 2017 ; Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Van Der Hallen *et al.*, 2020). Ces stratégies visent à réguler les émotions ressenties et/ou à agir sur la situation problématique, afin de préserver l'équilibre psychologique (Biggs *et al.*, 2017 ; Delelis *et al.*, 2011).

2.2.1 Richard Lazarus et Susan Folkman : la théorie dynamique du coping

La théorie dynamique du coping a été développée par Richard Lazarus et sa collègue Susan Folkman, deux figures majeures de la psychologie du stress (Biggs *et al.*, 2017). Selon la définition classique qu'ils proposent, les stratégies de coping désignent l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés par une personne pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes perçues comme excédant ses ressources (Lazarus et Folkman, 1984). Ces stratégies ne sont pas passives : elles traduisent une volonté d'action face à l'adversité, qu'il s'agisse d'agir sur la source du stress ou de moduler la réponse émotionnelle qu'elle suscite.

Cette théorie souligne l'importance de l'évaluation subjective de la situation : c'est la perception que l'individu a du contexte qui détermine la stratégie de coping choisie, et non la situation elle-même (Biggs *et al.*, 2017). Ainsi, Lazarus et Folkman distinguent deux catégories de stratégies déployées par les individus (Biggs *et al.*, 2017 ; Delelis *et al.*, 2011)

D'une part, lorsque la situation est perçue comme contrôlable, les individus ont tendance à recourir à des stratégies centrées sur le problème (Delelis *et al.*, 2011). Ces dernières peuvent se manifester sous deux formes : soit par l'affrontement direct de la situation, à travers des actions concrètes visant à en modifier le problème, ou par une démarche de résolution de problème, qui implique une recherche active d'informations et l'élaboration de plans d'action dans le but de surmonter la difficulté (Delelis *et al.*, 2011). D'autre part, lorsque la situation est perçue comme non contrôlable, les individus ont davantage recours à des stratégies centrées sur les émotions dans le but de moduler la réponse émotionnelle suscitée par la situation plutôt que d'agir sur la situation elle-même (Delelis *et al.*, 2011). Ces stratégies visent à atténuer l'impact émotionnel du stress, en particulier lorsque l'action directe est impossible ou inefficace (Delelis *et al.*, 2011). Parmi les formes que

peut prendre ce type de coping, on retrouve la minimisation de la menace, la réévaluation positive de l'événement, l'auto-accusation, l'évitement ou la fuite, ainsi que la recherche de soutien émotionnel (Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Delelis *et al.*, 2011).

Par ailleurs, la littérature démontre que les événements stressants de la vie peuvent favoriser l'émergence de comportements suicidaires chez les individus (Howarth *et al.*, 2020 ; King *et al.*, 2001 ; Nock *et al.*, 2008). Ce lien s'explique par la manière dont les individus composent avec le stress, notamment à travers les stratégies de coping qu'ils mobilisent. Certaines stratégies, en particulier celles fondées sur l'évitement, sont considérées comme inadaptées et ont été associées à une augmentation du risque suicidaire (Gupta *et al.*, 2024 ; Nicoară *et al.*, 2023 ; Ong et Thompson, 2019) Les chercheurs Ong et Thompson (2019) ont notamment montré que l'usage accru de stratégies d'évitement était positivement corrélé aux idéations suicidaires, aux tentatives passées, ainsi qu'à une probabilité plus élevée de comportements suicidaires futurs. En ce sens, le stress constitue un facteur de risque majeur du suicide, surtout lorsqu'il n'est pas canalisé par des stratégies d'adaptation efficace.

Dans un contexte migratoire, l'analyse des stratégies de coping a une importance cruciale. Les femmes immigrantes, souvent confrontées à des sources multiples de stress, peuvent mobiliser des stratégies d'adaptation façonnées à la fois par leur culture d'origine, leur parcours migratoire et leurs ressources sociales. Comprendre quelles stratégies sont privilégiées et dans quels contextes devient alors essentiel pour interpréter leurs comportements suicidaires et mieux orienter les interventions en santé mentale. Ne perdons pas de vue que la migration s'accompagne de nombreux défis, dont l'adaptation à un nouvel environnement et le processus d'acculturation, qui complexifient les expériences de stress vécues par les personnes immigrantes. Dans ce cadre, favoriser l'adoption et le soutien des stratégies d'adaptation fonctionnelles devient une clé essentielle pour la prévention du suicide et la promotion du bien-être psychologique chez les femmes immigrantes.

2.3 Les représentations sociales : leurs avantages pour mieux comprendre le suicide en contexte interculturel

Les recherches sur le suicide montrent que la culture influence les comportements suicidaires (Eskin, 2018 ; Hjelmeland, 2013 ; Lester, 2008). Le suicide est généralement une réponse à une détresse psychologique importante (Eskin *et al.*, 2011) et cette détresse peut s'exprimer différemment selon les contextes culturels (Hjelmeland, 2013). Les codes culturels façonnent non seulement la manière dont la souffrance est vécue et exprimée, mais aussi les attitudes à l'égard du suicide comme réponse possible à cette souffrance (Eskin *et al.*, 2011). Certains groupes culturels peuvent, en fonction de leurs normes, croyances et valeurs, tolérer ou condamner davantage ce type de comportement ce qui influence la probabilité que les individus y aient recours en situation de crise.

C'est à partir de ces différences que le concept de représentation sociale devient pertinent pour comprendre les perceptions du suicide. Les femmes immigrantes, issues de communautés ethnoculturelles qui ont vécu et évolué dans des codes culturels différents du pays d'accueil, peuvent entretenir des représentations du suicide qui diffèrent considérablement des personnes natives. Explorer ces représentations permet de mieux comprendre leurs attitudes face au suicide et leurs façons d'interpréter la détresse.

2.3.1 Serge Moscovici et le concept de représentation sociale

Le concept de représentation sociale, élaboré par Serge Moscovici, est un concept transversal qui se situe à l'interface du psychologique et du social. Il est défini comme étant « une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle projette et qui guide son comportement. Et corrélativement (la [représentation sociale] est) l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, événements, objets et communications qui les concernent » (Moscovici, 1984, p. 132 cité dans De Carlos, 2015).

Selon Rateau et Lo Monaco (2013), ces représentations se forment dès l'enfance, à travers l'héritage social, soit les interactions dans les différents milieux de socialisation tels que la famille, l'école, les médias et les institutions. Ces contextes d'échanges façonnent les valeurs, les croyances et les normes des individus, leur permettant de construire une vision du monde et de distinguer ce qui est moralement acceptable ou non (Rateau et Lo Monaco, 2013). Ainsi, chaque groupe social développe des représentations particulières, dépendantes de son système de valeurs, de son histoire et de ses pratiques culturelles (Rateau et Lo Monaco, 2013).

En ce sens, une représentation sociale est un univers d'opinions partagées par un groupe qui est élaboré par la communication et qui est le reflet des expériences individuelles et des pratiques sociales des individus (De Carlos, 2015). Elle est entre autres composée d'un ensemble d'éléments cognitifs, tels que les croyances, les valeurs et les perceptions imprégnées de la culture des individus, qui guident et influencent leur comportement (Mereus, 2006 ; Rateau et Lo Monaco, 2013). Les représentations sociales permettent donc de comprendre et d'agir sur le monde (De Carlos, 2015). Rateau et Lo Monaco (2013) identifient quatre caractéristiques de ces représentations : elles possèdent une structure organisée, elles sont partagées au sein d'un même groupe social (bien que de manière relative selon l'homogénéité du groupe), elles sont produites collectivement et elles ont une finalité sociale.

Appliqué au suicide et croisé à la migration, ce concept permet de comprendre pourquoi certaines communautés perçoivent cet acte comme un tabou, une faiblesse, voire un péché, alors que d'autres le considèrent comme un acte compréhensible, voire parfois honorable. Dans le cadre de cette recherche, il devient donc essentiel d'analyser les représentations sociales du suicide chez les femmes immigrantes. Une telle démarche permet de saisir les logiques et ressources culturelles qui orientent leurs façons de penser la souffrance, de réagir à la détresse et d'évaluer leur recours au suicide. Elle permet d'intégrer les dimensions culturelles, sociales et symboliques qui influencent les attitudes et les comportements face à la détresse.

Dans un contexte migratoire, ces représentations se trouvent souvent à l'intersection de valeurs culturelles, traditionnelles et des normes du pays d'accueil, générant parfois des conflits internes. L'articulation entre les expériences migratoires, les systèmes de croyances hérités et les réalités sociales vécues dans le pays d'accueil devient alors un terrain clé pour comprendre comment les

femmes immigrantes interprètent leur souffrance, comment elles envisagent ou non le suicide comme solution et quelles formes d'aide elles sont susceptibles de solliciter ou, au contraire, d'éviter. En ce sens, interroger les représentations sociales ne permet pas seulement de mieux comprendre l'expérience de ces femmes avec les idéations suicidaires, mais aussi de guider les pratiques en santé mentale vers une approche plus interculturelle et adaptée aux vécus pluriels des personnes immigrantes.

2.4 Articuler les représentations sociales à la culture : une place pour le courant ethnopsychiatrique

Compte tenu de ce qui précède, la notion de trajectoire migratoire articulée au concept de représentation sociale m'invite à considérer la perspective ethnopsychiatrique. Le courant ethnopsychiatrique est d'une pertinence fondamentale pour cette recherche puisqu'il permet de tenir compte de la culture et du psychisme de manière complémentaire (Marion, 2012). L'ethnopsychiatrie permet en fait de mobiliser « [les] pensées et [les] affects [des individus] par la prise en compte des éléments personnels, culturels, historiques et politiques » (Tshisekedi-Kalanga et Legault, 2005 : p.234).

2.4.1 George Devereux et Tobie Nathan, les précurseurs de l'ethnopsychiatrie

Historiquement, l'ethnopsychiatrie a été fondée par Georges Devereux, psychanalyste et anthropologue, dans les années 60 (Moro, 1992). Pour Devereux, l'ethnopsychiatrie est une science autonome qui tente de confronter et coordonner la culture avec les concepts de normalité et d'anormalité (Marion, 2012). Grâce aux travaux de Devereux, le psychologue Tobie Nathan propose un dispositif clinique qu'il appelle « modes d'interventions spécifiques adaptés aux populations migrantes » qui permet de préconiser un cadre méthodologique au courant ethnopsychiatrique (Marion, 2012).

Ces apports ont permis le développement de pratiques thérapeutiques concrètes, notamment au sein d'institutions de santé. Au Québec, c'est le cas des cliniques psychiatriques transculturelles qui utilisent des « dispositifs thérapeutiques spécifiques, conçus pour prendre en charge les populations

migrantes dans leurs problèmes de santé mentale, en tenant compte de la dimension culturelle en jeu » (Lecomte *et al.*, 2006 : p.12).

Selon Béatrice Chenouard (2019), la première clinique transculturelle au Québec a été implantée en 1993 à l'hôpital Jean-Talon. D'autres milieux dans le réseau de la santé et des services sociaux ont également créé des services relevant de la psychiatrie transculturelle à travers les années, tels que le Montreal Children's Hospital, l'Hôpital général juif, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le CLSC de Saint-Michel (Chenouard, 2019). Certains de ces services existent encore à ce jour, alors que d'autres non (Chenouard, 2019). En ce qui concerne l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ces services sont toujours existants à ce jour et ils se présentent sous la forme d'un dispositif thérapeutique groupal dans la clinique pédiatrique transculturelle de l'hôpital (Chenouard, 2019). Cette clinique est composée de plusieurs professionnels : pédiatre, médecin ethnothérapeute, psychologue, travailleuse sociale et interprète culturel (Chenouard, 2019). Les services sont offerts aux familles migrantes qui ont été dirigées vers cette clinique par un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux ou un intervenant communautaire et qui ont un ou des enfants qui présentent des difficultés pouvant être liées à la migration ou à la culture (Chenouard, 2019).

Chenouard (2019) explique que le dispositif thérapeutique groupal se traduit par des échanges thérapeutiques avec les familles. Ces échanges rassemblent généralement tous les membres de la famille concernée, un thérapeute principal, des cothérapeutes, un interprète jouant le rôle de médiateur culturel et l'intervenant référent (Chenouard, 2019). Chaque personne impliquée dans ces échanges est invitée à donner son opinion et son interprétation des choses afin que différents points de vue soient explorés. De cette façon, la famille peut trouver un sens à ses difficultés et c'est à partir de là que le processus d'aide peut débiter par la mise en place de pistes de solutions (Chenouard, 2019).

En somme, l'ethnopsychiatrie propose une compréhension culturelle de la santé mentale, centrée sur le sens donné à la souffrance. Elle est particulièrement pertinente pour cette recherche, car elle permet de comprendre la perception du suicide chez les femmes immigrantes en reconnaissant leur bagage culturel et leur trajectoire migratoire. Elle favorise aussi une compréhension de la manière dont ces femmes vivent leur détresse psychologique et comment elles la surmontent. Il nous paraît

donc important de mobiliser des éléments de ce courant pour mieux comprendre le vécu des femmes immigrantes avec les idéations suicidaires et pour mieux les accompagner.

Pour conclure, ce chapitre a permis d'éclairer les fondements conceptuels de cette recherche, en articulant les notions de trajectoire migratoire, de représentations sociales et d'approches culturellement sensibles, telles que l'ethnopsychiatrie. Ces concepts offrent un cadre d'analyse pertinent pour appréhender la complexité des expériences vécues par les femmes immigrantes confrontées aux idéations suicidaires. Le chapitre suivant présentera la méthodologie qui guidera notre enquête, assurant une approche rigoureuse et éthique dans le but de documenter la pluralité des réalités de ces femmes.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Pour répondre à la question de recherche – quelle est l’expérience des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires et quelle est leur trajectoire au sein des services en santé mentale? – , il est essentiel de recourir à une méthodologie qui répondra adéquatement à la question de recherche, mais qui permettra également l’atteinte des objectifs de recherche suivants : comprendre l’expérience des femmes immigrantes qui font face aux idéations suicidaires, identifier leurs stratégies mises en place pour se protéger et identifier la place des services en santé mentale dans leur parcours. Le présent chapitre exposera donc le cadre méthodologique retenu, en détaillant les choix, le processus de collecte de données, les étapes liées au traitement des données ainsi que les considérations éthiques et les limites de l’étude.

3.1 Méthode de recherche : approche interculturelle et méthode qualitative descriptive

Tout d’abord, notre recherche adopte principalement une démarche interculturelle dans la mesure où elle offre aux participantes un espace où elles peuvent être reconnues comme actrices de leur trajectoire (Vatz Laaroussi, 2007). Elle permet également de prendre en compte les différents obstacles liés à la langue, au statut migratoire ainsi qu’à la reconnaissance de leurs savoir afin de mieux saisir leur réalité (Vatz Laaroussi, 2007). Cette approche favorise ainsi un dialogue autour du sens que les participantes attribuent au suicide dans leur réalité spécifique.

L’utilisation de la méthode de recherche qualitative s’avère particulièrement pertinente dans le cadre de cette étude qui vise la compréhension des expériences et des stratégies de femmes immigrantes. La recherche qualitative se distingue par sa volonté d’explorer le sens que les individus attribuent à leurs expériences (Guillemette *et al.*, 2021). Elle « étudie ce qui se passe dans le vécu humain, sans le mesurer, et ce, à partir de la conscience que les vivants ont des phénomènes qu’ils vivent » (Lalancette et Luckerhoff, 2023 : p.24). Autrement dit, elle s’intéresse aux phénomènes tels qu’ils sont vécus, perçus et racontés par les personnes concernées. Ainsi, elle permet de mettre en lumière la subjectivité des individus en travaillant avec des données qui sont complexes, flexibles et sensibles aux contextes sociaux et culturels dans lesquels elles émergent (Anadón, 2006). L’objectif de cette démarche consiste à recueillir des données sur des phénomènes

sociaux et complexes dans le but de les interpréter et de les analyser pour en proposer une compréhension pertinente (Lalancette et Luckerhoff, 2023). Le suicide est justement un phénomène complexe dont la signification varie selon les différents groupes sociaux et culturels comme cela a été démontré dans la problématique. L'approche qualitative permettra donc de comprendre la perception des femmes immigrantes face au suicide, à travers l'analyse de leur vécu et de leurs expériences. Dans cette perspective, cette recherche s'inscrit également dans une visée descriptive, puisqu'elle a pour objectif de documenter de manière approfondie l'expérience vécue de ces femmes en lien avec leur trajectoire migratoire et leur santé mentale. La recherche descriptive vise en effet à décrire et à comprendre un phénomène social tel qu'il se manifeste dans son contexte sans viser l'établissement de relations causales (Ayton, 2023).

Ainsi, en combinant une approche interculturelle et qualitative descriptive, cette recherche vise à produire une compréhension en profondeur de l'expérience des femmes ayant vécu des idéations suicidaires. Ce cadre méthodologique permet de valoriser leur parole, de saisir la complexité de leur trajectoire et d'éclairer les dynamiques culturelles et structurelles qui influencent leur rapport aux services en santé mentale. Enfin, elle permet de les considérer comme des expertes de leur vécu.

3.2 Collecte des données

3.2.1 Critères de sélection et échantillon

Afin de répondre à la question de recherche et aux objectifs de recherche, j'ai opté pour un échantillonnage restreint, basé sur le principe de saturation des données, appelé la « saturation théorique » (Lalancette et Luckerhoff, 2023). Ce principe signifie que la collecte de nouvelles données peut être interrompue lorsque celles-ci sont saturées, c'est-à-dire qu'elles n'apportent pas d'informations nouvelles ou substantiellement significatives (Lalancette et Luckerhoff, 2023). Toutefois, il convient de souligner que la saturation ne dépend pas uniquement du nombre d'entrevues réalisées, mais de la qualité des données recueillies, de la profondeur des récits et de la complexité du phénomène étudié (Mason, 2010 ; Saunders *et al.*, 2018).

Dans le cadre de cette recherche s'inscrivant dans une approche interculturelle et qualitative, nous avons mené cinq entrevues en profondeur auprès de femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires. Ces entretiens, d'une durée variant entre 60 minutes et 135 minutes, ont permis de recueillir des récits denses, nuancés et fortement contextualisés, apportant une compréhension fine de leur vécu subjectif. Bien que le nombre de participantes puisse sembler restreint, la richesse des témoignages et la redondance thématique observée dans les récits nous ont permis de considérer que la saturation des données peut être atteinte dans le cadre de cette recherche descriptive et universitaire.

Les critères de sélection initiaux prévoyaient que les femmes participantes soient âgées de 20 à 34 ans, soient issues de l'immigration (qu'elles soient migrantes économiques, réfugiées, demandeuses d'asile ou parrainées), aient des origines culturelles diversifiées et soient installées au Canada depuis au moins un an. Ces critères ont été déterminés en fonction de plusieurs considérations. Le critère d'âge visait à cibler une tranche d'âge pour laquelle une hausse significative des idéations suicidaires avait été observée dans les dernières années (Lévesque et Perron, 2025). Le fait de recruter uniquement des femmes immigrantes sans restreindre le statut d'immigration permettait de prendre en compte la diversité des trajectoires migratoires tout en conservant une certaine ouverture. L'absence de spécificité quant à l'origine culturelle s'inscrivait dans une volonté de respecter la diversité des trajectoires. Enfin, le critère d'une installation d'au moins un an visait à s'assurer que les participantes avaient déjà traversé la phase d'installation initiale, généralement marquée par des défis importants liés à l'emploi, à la reconnaissance des diplômes et à l'apprentissage de la langue française (Vatz Laaroussi, 2009). Cette période étant particulièrement exigeante, elle peut constituer un obstacle à la participation à une recherche.

Cependant, en cours de processus, le critère d'âge s'est avéré trop restrictif et a nui au recrutement. Avec l'approbation du comité d'éthique, ce critère a été retiré afin de permettre une plus grande flexibilité dans la sélection des participantes.

Finalement, cinq femmes immigrantes ont participé à cette recherche. Le recrutement a été interrompu à ce stade, d'une part en raison de la saturation des données, et d'autre part en raison de contraintes temporelles liées à la réalisation de cette étude dans un cadre universitaire. Conformément à l'approche qualitative adoptée, ce nombre réduit ne constitue pas une limite en

soi, car la visée est de comprendre en profondeur les expériences subjectives plutôt que de généraliser les résultats.

3.2.2 Recrutement des participantes

Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre pour le recrutement. Tout d'abord, une affiche de recrutement a été conçue ayant pour contenu une synthèse du projet et des critères de sélection des participantes (*voir annexe A*).

Une fois le certificat d'éthique obtenu auprès du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) de l'UQAM (en mai 2024), l'affiche a été diffusée par deux canaux principaux. D'une part, elle a été transmise à différents organismes communautaires qui offrent du soutien en santé mentale auprès de personnes immigrantes. Ces organismes incluaient notamment la Clinique Myosotis, l'Agence Ometz, le Centre des femmes d'ici et d'ailleurs, le Centre Multi-Écoute, Afrique au féminin, Femmes du monde, le Centre Binetna, le Centre d'appui aux communautés immigrantes, la Maison d'Haïti et le Centre psy multiculturel. D'autre part, l'affiche a été partagée sur les réseaux sociaux, dans plusieurs groupes Facebook qui traitent de sujets liés aux femmes, à l'immigration ou à l'intervention en santé mentale.

Grâce à ces stratégies, douze femmes ont manifesté leur intérêt à participer entre juin et novembre 2024 en me contactant par téléphone ou via Facebook. Pour celles qui ont communiqué avec moi sur Facebook, je leur ai proposé de poursuivre les échanges par courriel. Toutefois, plusieurs n'ont pas donné suite, tandis que d'autres ne répondaient pas aux critères de sélection. Finalement, cinq femmes ont complété le processus de participation, de la prise de contact jusqu'à l'entretien final.

Il convient de souligner qu'entre juin et septembre 2024 une seule participante s'était manifestée. Devant ces difficultés, deux ajustements ont été apportés afin de faciliter le recrutement : une compensation financière a été ajoutée après obtention de l'approbation éthique nécessaire, et le critère d'âge a été retiré. Ces modifications ont permis de débloquer la situation et de constituer l'échantillon final.

3.2.3 Portrait des participantes

Les cinq participantes recrutées dans le cadre de cette recherche, désignées par des noms fictifs afin de préserver leur anonymat, sont âgées de 24 à 40 ans. Quatre d’entre elles sont originaires de pays d’Afrique, tandis qu’une est originaire d’Amérique du Sud. Les pays d’origine ne sont pas précisés afin de renforcer la protection de leur confidentialité, compte tenu de la taille restreinte de l’échantillon. La majorité, soit quatre participantes, ont immigré au Québec durant leur enfance ou leur adolescence, entre l’âge de 6 et 14 ans, dans un contexte d’immigration familiale. La cinquième participante a immigré seule à l’âge de 26 ans, dans le cadre de ses études universitaires. Au moment de la collecte des données, l’ensemble des participantes résidaient à Montréal ou dans sa banlieue.

Tableau 3.1 Portrait des participantes

Participantes	Tranche d’âge	Date d’arrivée	Continent d’origine	Contexte d’immigration
Amina	25-30 ans	2008	Afrique	familiale
Carla	20-25 ans	2006	Amérique du Sud	familiale
Ines	25-30 ans	2010	Afrique	familiale
Mariam	25-30 ans	2023	Afrique	études
Nadia	40-45 ans	1998	Afrique	familiale

3.2.4 Méthode de collecte de données : entrevues individuelles semi-dirigées

Pour recueillir les expériences des participantes, la méthode de collecte de données retenue a été celle des entrevues individuelles, qui permettent d'approfondir l'expérience subjective des personnes interrogées et le sens qu'elles attribuent à leur réalité (Baribeau et Royer, 2012 ; Savoie-Zajc, 2007). Cette méthode s'est révélée particulièrement pertinente dans le cadre de cette recherche puisqu'elle offre un accès direct à des récits personnels riches, ancrés dans des contextes de vie singuliers.

Les entrevues ont été menées selon un format semi-dirigé, permettant une certaine souplesse dans la conduite des échanges, tout en assurant une structure minimale autour des thèmes centraux de la recherche. Comme le soulignent Baribeau et Royer (2012), l'entretien individuel permet de saisir « le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné » (p.26). Cet outil représente donc un instrument utile qui permet d'accéder à l'univers des participantes, notamment sur des sujets complexes et sensibles comme le suicide. Une grille d'entretien a été conçue afin d'orienter les discussions et de couvrir les dimensions clé de l'étude (*voir annexe B*). Cette grille se voulait suffisamment souple pour autoriser un partage d'expérience qui ne soit pas trop contraint et cadré.

3.2.5 Déroulement des entrevues

Lors de la première prise de contact, j'ai pris soin d'expliquer aux participantes le but de la recherche, ses objectifs ainsi que les retombées possibles, tant positives que négatives. Ce moment visait à établir un lien de confiance et à assurer un engagement éclairé de leur part. Avec leur accord, un rendez-vous a été fixé, et les documents nécessaires, soit le formulaire de consentement et la grille d'entretien, leur ont été envoyés par courriel afin qu'elles puissent en prendre connaissance à l'avance.

Les entrevues se sont déroulées pour la majorité (quatre participantes) dans des salles fermées de l'UQAM afin d'assurer un cadre confidentiel et sécurisant. L'une des entrevues a eu lieu au domicile de la participante. La durée des entretiens a varié entre 60 minutes et 135 minutes selon le rythme et la disponibilité des participantes. Un canevas d'entretien, imprimé en version papier, m'a permis de suivre les thèmes prévus tout en m'adaptant au déroulement de la conversation, en fonction des réponses et du vécu partagé.

Ces entretiens ont permis de récolter des expériences vécues, riches en lien avec les idéations suicidaires. Les participantes ont pu exprimer leurs émotions, mettre en mots leur parcours migratoire et leur trajectoire à travers les services en santé mentale, contribuant ainsi à une meilleure compréhension du phénomène étudié.

3.2.6 Traitement et analyse des données

L'ensemble des entretiens a été enregistré à l'aide de l'application Dictaphone de mon téléphone. Par la suite, les enregistrements ont été transcrits de manière intégrale à l'aide du logiciel Word. Les transcriptions ont été légèrement épurées : les répétitions de mots ont été supprimées afin de faciliter la lecture, et toutes les informations pouvant compromettre l'anonymat des participantes (comme les noms des personnes ou des lieux) ont été retirées dans un souci de confidentialité.

L'analyse des données s'est appuyée sur la méthode d'analyse thématique qui consiste à « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé et Mucchielli, 2021: p.270). Cette méthode permet d'identifier les éléments saillants à travers les récits des participantes tout en tenant compte de la complexité de leurs expériences.

Pour ce faire, l'ensemble du corpus de données a d'abord été retranscrit et anonymisé. Ensuite, nous avons fait une lecture flottante des entrevues afin d'avoir « une idée globale – et rapide – de ce qui se trouve dans les données » (Lalancette et Luckerhoff, 2023). Par la suite, ces données ont été intégrées dans le logiciel d'analyse qualitative Nvivo. Quatre grands codes ont été créés en lien avec les thématiques principales abordées dans la grille d'entretien : trajectoire migratoire, idéations suicidaires, stratégies de coping et parcours dans les services de santé mentale. Chaque

entrevue a été analysée à l'aide de ces codes, ce qui a permis d'identifier, de regrouper et de comparer les extraits pertinents. L'analyse thématique a ensuite permis de faire émerger les éléments d'interprétation en repérant les similitudes, les divergences ainsi que les nuances dans les expériences rapportées par les participantes.

3.3 Considérations éthiques

Étant donné la sensibilité du sujet traité et les risques inhérents à toute recherche impliquant des êtres humains, une attention rigoureuse a été portée aux considérations éthiques afin d'assurer la sécurité et le bien-être des participantes.

Conformément aux exigences de l'UQAM, j'ai d'abord complété la formation en éthique de la recherche de l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC) et obtenu la certification requise. J'ai ensuite obtenu, en mai 2024, l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ).

Le processus d'obtention du consentement libre et éclairé a été une étape clé de cette démarche. La participation des femmes à cette recherche était entièrement volontaire et il leur a été clairement indiqué qu'elles pouvaient retirer leur consentement à tout moment. Un formulaire de consentement, incluant les objectifs de la recherche, les modalités de participation, les risques et bénéfices liés à l'étude, leur a été transmis par courriel (*voir annexe C*). Lors de l'entrevue, j'ai pris le temps de réexpliquer le formulaire afin de répondre à leurs questions avant d'obtenir leur signature. Les formulaires signés ont été conservés dans un tiroir verrouillé à mon domicile.

Pour assurer la confidentialité, un nom fictif a été attribué à chaque participante. De plus, tous les enregistrements audios ont été transférés dans un disque dur externe sécurisé et supprimés dès que les transcriptions ont été finalisées. Les données sensibles telles que les noms, lieux ou toute information permettant d'identifier les participantes ont été retirées ou anonymisées dans les transcriptions afin de respecter leur vie privée.

Par ailleurs, consciente des enjeux émotionnels liés à l'évocation d'expériences migratoires et d'idées suicidaires, j'ai veillé à instaurer un cadre d'entretien empreint de bienveillance, de

respect et de sensibilité culturelle. Une posture empathique et non jugeante a guidé ma conduite des entretiens. Cette posture visait à offrir un espace sécuritaire permettant aux participantes d'exprimer leur vécu sans crainte de jugement, avec la possibilité de faire des pauses ou de ne pas répondre à certaines questions si elles le souhaitaient. En cas de manifestation de détresse, des ressources en santé mentale ont été proposées et les participantes ont été informées des services disponibles dans leur territoire.

3.4 Biais et limites de recherche

Comme toute recherche, celle-ci comporte des limites et biais qu'il est important de reconnaître. D'abord, la recherche a été menée dans le cadre d'un programme universitaire de deuxième cycle, ce qui a engendré des contraintes temporelles et financières. Le temps limité alloué pour la réalisation du projet a influencé le processus de recrutement, le nombre de participantes ainsi que la durée d'analyse.

Enfin, les résultats de cette recherche ne peuvent être généralisés à l'ensemble des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires, puisqu'il s'agit d'une étude qualitative descriptive reposant sur un échantillon restreint. L'objectif n'était pas de produire des conclusions généralisables, mais plutôt d'offrir une compréhension approfondie, contextualisée et nuancée de leurs expériences singulières, à partir de leur propre point de vue.

En somme, cette recherche s'inscrit dans une démarche interculturelle et qualitative descriptive permettant de rendre compte de manière approfondie de l'expérience subjective de femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires. Le cadre méthodologique adopté, incluant les critères de sélection, les stratégies de recrutement ainsi que le processus rigoureux de collecte et d'analyse de données, a été soigneusement élaboré afin d'assurer la cohérence, la qualité et la pertinence des résultats. Bien que cette étude comporte certaines limites inhérentes à la recherche qualitative, elle vise à produire une compréhension sensible, contextualisée et nuancée des trajectoires de ces femmes, tout en mettant en lumière les dynamiques sociales, culturelles et structurelles qui influencent leur rapport au suicide et leur accès aux services en santé mentale. Cette section a donc permis de présenter les choix méthodologiques sous-jacents à la recherche; la prochaine section portera sur la présentation des résultats.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce mémoire de recherche a pour objectif de répondre à la question suivante : quelles sont les expériences des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires et quelles sont leurs trajectoires au sein des services en santé mentale ? Les objectifs de recherche sont, d'une part, de documenter et de mieux comprendre l'expérience des femmes immigrantes confrontées à des idéations suicidaires, et d'autre part, d'identifier les stratégies qu'elles mobilisent pour traverser ces moments de détresse, ainsi que leur parcours à travers les services en santé mentale.

Comme précisé dans la méthodologie, cinq femmes ont accepté de participer à cette étude. Afin de préserver leur anonymat, des noms fictifs leur ont été attribués. Ce chapitre consiste à présenter les résultats issus des entretiens menés avec ces participantes. Dans un premier temps, nous allons dresser le parcours migratoire des participantes en mettant en lumière les défis et les difficultés rencontrés au cours de cette période. Par la suite, nous allons aborder les expériences de ces femmes liées aux idéations suicidaires, en identifiant les facteurs déclencheurs et aggravants, ainsi que leur perception du suicide et de la santé mentale. Nous présenterons ensuite les stratégies de coping mises en place par les participantes pour faire face à cette souffrance psychologique. Enfin, nous aborderons leur relation aux services en santé mentale, en exposant à la fois leur parcours et leur regard critique sur l'accessibilité, la qualité et la pertinence des services. Tous les résultats présentés découlent directement des entrevues réalisées, ce qui garantit des données ancrées dans l'expérience vécue des participantes.

4.1 La trajectoire migratoire des participantes

Cette section présente la trajectoire migratoire des participantes, soit celle de Nadia, Amina, Ines, Carla et Mariam, en abordant les trois grandes phases : la période pré-migratoire, la période migratoire et la période post-migratoire.

4.1.1 La période pré-migratoire

4.1.1.1 Des souvenirs d'enfance contrastés : entre attachement et mobilité

Relativement à la période avant la migration, comme la majorité des participantes ont passé une partie de leur enfance dans leur pays d'origine, c'est cette étape de vie qu'elles évoquent spontanément. Pour certaines, cette période est associée à des souvenirs heureux. C'est le cas d'Amina et de Nadia qui décrivent leur enfance de manière positive.

Nadia évoque une enfance heureuse, entourée de ses cousines avec qui elle jouait dans les rues. « On grandit avec nos cousines, on grandit dans la rue, on joue dans la rue » raconte-t-elle. Amina, de son côté, souligne la proximité qu'elle entretenait avec sa famille. Elle exprime qu'elle était « vraiment à l'aise avec [s]on entourage » et elle admet qu'elle voyait l'immigration comme une étape « vraiment difficile » en raison de cela.

À l'inverse, Ines relate une enfance marquée par une grande mobilité géographique. Elle explique que ses parents ont quitté leur pays d'origine pendant plusieurs années pour s'installer dans un autre pays, avant de revenir vivre quelque temps dans leur pays natal. Par la suite, sa famille a pris la décision d'immigrer au Québec. Ayant grandi dans un contexte de déplacements fréquents, Ines décrit cette instabilité comme une composante normale de son parcours. Elle affirme que l'annonce de ses parents concernant l'immigration au Québec « [n']est pas venue [la] déstabiliser », car elle était déjà habituée à vivre dans des environnements changeants.

4.1.1.2 Contexte sociopolitique ou socioéconomique difficile

Cependant, pour l'ensemble des participantes, le contexte sociopolitique ou économique de leur pays d'origine ne garantissait pas leur sécurité ou un avenir prometteur. Ines évoque notamment le niveau élevé de corruption dans son pays qui limitait considérablement les perspectives d'emploi des jeunes diplômées. De plus, elle souligne que les minorités religieuses faisaient face à d'importantes restrictions, ne pouvant pratiquer librement leur spiritualité sans risquer la stigmatisation, le harcèlement ou même l'emprisonnement. Sa famille en a d'ailleurs été directement affectée et devait « pratiquer en secret » afin d'éviter les répercussions.

Mariam et Amina, quant à elles, insistent sur le coût de la vie extrêmement élevé dans leur pays d'origine. À ce sujet, Amina explique :

Même si t'as une bonne job, t'es pas bien payé. Il faut être vraiment très riche pour vivre normalement. La vie est très chère en Algérie, c'est pas équitable. Une paie, juste une paie, peut partir à 100 % dans un loyer. Juste le loyer. [...] Vivre normalement, tu ne peux pas faire ça. Il faut que tu sois très riche pour que tu puisses faire ça.

Deux participantes rapportent également avoir été témoins d'actes de violence ou de criminalité. Nadia raconte avoir vécu la guerre civile dans son pays, où elle entendait régulièrement des explosions et des coups de feu. Elle raconte avoir été témoin « d'atrocités » et d'avoir « connu des gens qui sont morts ». Elle se souvient particulièrement de bébés qui ont été tués dans leur propre maison. Elle raconte que son père était menacé durant cette période-là et qu'il aurait fui vers les États-Unis avant d'entrer au Canada par le chemin Roxham pour y demander l'asile. Pendant ce temps, elle mentionne qu'elle a dû prendre en charge sa famille, vivant dans la peur et la précarité durant trois ans, jusqu'à temps que son père parvienne à les parrainer.

De son côté, Carla explique avoir grandi dans un petit village où sa famille possédait plusieurs entreprises. Elle raconte que des groupes criminels pratiquaient l'extorsion, obligeant les commerçants à leur verser des sommes d'argent pour pouvoir continuer à exercer leurs activités. Elle dit se souvenir particulièrement de deux événements marquants : l'incendie criminel d'une de ses entreprises familiales et l'enlèvement de sa sœur par ces groupes.

4.1.2 La période migratoire

4.1.2.1 Le voyage vers le Québec : une pluralité d'expériences migratoires

La majorité des participantes ont immigré dans le cadre d'une immigration familiale. Ines, Amina et Carla sont arrivées au Québec accompagnées de leurs parents et de leur fratrie. Nadia, quant à elle, a été parrainée par son père qui avait fui son pays d'origine et demandé l'asile au Canada. Elle est arrivée avec sa mère et sa fratrie dans le cadre de cette procédure. À l'inverse, Mariam présente

un parcours distinct : elle a immigré seule avec ses deux chats en tant qu'étudiante. Son arrivée est relativement récente, puisqu'elle est installée au Québec depuis seulement un an, contrairement aux autres participantes qui ont immigré durant leur jeune âge, il y a plus de 15 ans.

L'arrivée au Québec constitue un moment marquant pour certaines participantes, notamment en raison du climat hivernal. Mariam et Carla se souviennent avec précision de leur premier contact avec l'hiver québécois. Carla raconte être arrivée avec sa famille en février, sous la neige, sans manteau ni bottes et se rappelle du froid intense qu'elle a ressenti. De son côté, Mariam décrit ce moment comme un véritable bouleversement : « C'était le choc [...] c'était le choc du temps, le froid, les tempêtes de neige, et tout ».

4.1.2.2 Les émotions ressenties : entre excitation, tristesse et inconscience

La période migratoire a suscité une diversité d'émotions chez les participantes. Pour Ines, ce fut une expérience positive, comme « une nouvelle aventure ». Ayant déjà vécu une relocalisation dans son enfance lorsque sa famille s'était installée temporairement dans un autre pays, elle n'a pas ressenti de déstabilisation particulière.

En revanche, Amina et Carla expriment une profonde tristesse d'avoir laissé derrière elles leur famille. Pour Carla, cette tristesse s'accompagnait d'une peur intense, notamment à son arrivée à l'aéroport. Elle se souvient d'avoir ressenti cette peur spécifiquement aux douanes, car elle avait reçu comme consigne de ne pas parler et elle se rappelle qu'elle a dû patienter longtemps avant de pouvoir entrer au pays.

Mariam, de son côté, décrit son expérience différemment. Elle nous avoue avoir vécu cette période dans une forme « d'inconscience », comme si elle ne réalisait pas pleinement ce qui se passait. Ce n'est qu'une fois arrivée sur place, en découvrant son nouvel environnement, qu'elle a réellement pris conscience de la réalité de son immigration.

4.1.3 La période post-migratoire

4.1.3.1 Les défis d'adaptation : entre barrières linguistiques, pressions sociales et apprentissages

Une fois installées au Québec, les participantes ont été confrontées à plusieurs défis d'adaptation. L'apprentissage de la langue a été un obstacle pour deux participantes, Nadia et Carla, qui ne maîtrisaient pas le français à leur arrivée. Pour les autres, cette langue avait déjà été acquise dans leur pays d'origine. Toutefois, pour Ines, malgré le fait qu'elle connaissait le français, elle a trouvé difficile de s'adapter à l'accent québécois.

Mariam, qui a immigré récemment en tant qu'étudiante, a dû s'adapter au système éducatif québécois, différent de celui de son pays d'origine qui est basé sur le modèle français. Elle indique également qu'elle devait s'adapter au rythme de vie ici qu'elle décrit comme extrêmement intense : « c'est le non-stop » affirme-t-elle. En plus de ces ajustements, elle a dû faire face à un environnement plus froid et distant sur le plan relationnel que celui de son pays d'origine. Elle se souvient particulièrement de sa première expérience de travail, dix jours après son arrivée, où son employeur se montrait « très sévère et méchante » avec elle, lui imposant une pression énorme pour qu'elle apprenne rapidement. Mariam décrit cette période comme extrêmement stressante.

Ines, de son côté, a dû s'adapter au système de transport en commun, un défi majeur pour elle puisqu'elle n'avait jamais utilisé le bus ou le métro auparavant :

Ce qui était difficile aussi, c'est de m'adapter à tout le système de transport. Tu sais, j'ai pas grandi en prenant le bus ou le métro [...] c'était stressant pour moi, c'était déstabilisant. [...] Je me rappelle qu'à un moment donné, il y avait une rencontre je pense, organisée par l'UDEM [...] mais j'étais au secondaire et j'ai pas été parce que j'avais vraiment peur de prendre le métro.

Elle ajoute avoir été intimidée par la taille de la ville, en particulier le centre-ville de Montréal, mais elle souligne que c'est un apprentissage qu'elle a réussi à faire.

4.1.3.2 Les difficultés financières : des réalités partagées

La majorité des participantes ont rencontré des difficultés financières lors de leur arrivée au Québec. Mariam, arrivée seule avec ses deux chats, raconte qu'elle s'est installée dans un logement

en sous-location, dépourvu de lit. Dès le lendemain de son arrivée, un de ses chats a eu un malaise et elle a dû l'emmener d'urgence chez un vétérinaire, ce qui lui a « coûté un bras ». « Je me suis retrouvée à payer 2000\$ pour mon chat pour qu'il puisse survivre » raconte-t-elle. Face à cette dépense imprévue, elle a dû rapidement trouver un emploi pour subvenir à ses besoins.

Amina, quant à elle, a grandi avec une pression financière importante qui lui a été infligée par ses parents. Elle explique que sa mère lui rappelait constamment les difficultés économiques de la famille, ce qui générait chez elle un stress important. Elle se souvient aussi que sa mère se procurait des vêtements dans des organismes communautaires, ce qui la rendait vulnérable aux moqueries et à l'intimidation à l'école :

C'était vraiment l'enfer parce que quand t'es mal habillée, tu te fais intimider et les enfants sont méchants [...] Il y a plein de personnes qui te pointent du doigt pis tu sais très bien qu'au secondaire, il y a toujours quelques élèves, soit un ou deux dans la classe qui sont comme les boss pis quand eux ils parlent et ils te pointent [...] pis tout le monde te regarde et ils se mettent à rire... c'est pas le fun quand t'es dans cette situation.

Carla se rappelle que les difficultés financières étaient particulièrement prégnantes à leur arrivée au Québec. Elle raconte que pendant plusieurs mois, elle et sa famille vivaient dans le même appartement, soit un 4 ½, et qu'ils étaient 16 personnes dans cet appartement. De plus, elle raconte que sa famille fréquentait régulièrement les organismes communautaires et les banques alimentaires pour subvenir à ses besoins.

Nadia, quant à elle, évoque également les défis financiers auxquels elle a été confrontée à son arrivée au Québec. Consciente du fardeau économique qui pesait sur sa famille, elle a très tôt tenté de trouver un emploi pour contribuer aux dépenses. Toutefois, elle souligne les obstacles auxquels elle faisait face à l'époque :

C'était difficile de trouver du temps à temps partiel dans ce temps-là [...] Tu sais, il y a des filles qui s'habillaient vraiment au cégep. Moi j'avais même pas d'argent pour aller acheter du café ou une galette.

4.1.3.3 Les défis familiaux : entre absence, tensions et violences

Au-delà des défis d'adaptation et des difficultés financières, certaines participantes ont également été confrontées à des bouleversements familiaux marquants dans la période post-migratoire.

Ines raconte que peu après leur installation son père a décidé de retourner dans leur pays d'origine, les laissant seuls au Québec. Pendant plusieurs années, il ne faisait que des allers-retours, avant de finalement revenir s'installer de manière permanente auprès de sa famille. Elle se souvient d'avoir vécu l'absence de son père « comme un choc » et que cela a créé une « certaine dissonance » dans sa relation avec son père. Elle décrit cette période comme très déstabilisante.

Nadia, quant à elle, a traversé une période de turbulence, marquée par l'implication de la protection de la jeunesse dans sa famille. À cette époque, sa soeur, qui était âgée de 14 ans, a quitté le foyer familial, et leur père s'est éloigné pour suivre une formation dans une autre ville, laissant derrière lui toutes ses obligations familiales. Nadia s'est alors retrouvée à assumer, encore une fois, les responsabilités familiales.

Carla évoque pour sa part un environnement familial empreint de violence. Elle explique que la communication au sein de sa famille ne passait pas par les mots, mais plutôt par les cris et la violence physique:

Chez moi, on parle pas. Chez moi, on crie. On crie vraiment [...] Cette période-là, ma mère nous frappait. Mon père et ma mère. De nulle part, [...] tu posais une question, on allait te frapper.

Cependant, la violence n'était pas la seule difficulté qu'elle a traversée. Elle raconte notamment que quelques années après leur arrivée au Québec, son père est décédé subitement d'un cancer. Elle confie que sa mère ne lui avait jamais dit qu'il était malade, et que du jour au lendemain, son père n'est tout simplement jamais revenu à la maison.

4.1.3.4 Lien avec la culture d'origine : distance et honte

Deux participantes ont évoqué un rapport distancié, voire conflictuel, avec leur culture d'origine et leur communauté ethnoculturelle. Nadia raconte avoir été « snobée » par les membres de sa

communauté, c'est-à-dire que ces derniers l'évitaient ou la traitaient avec mépris. Elle évoque une atmosphère de jugement constant qui l'a poussée à se tenir à l'écart.

De son côté, Carla explique qu'elle entretenait peu de liens avec les gens de sa communauté, en partie parce que son école secondaire comptait très peu d'élèves partageant ses origines culturelles. Elle explique également que sa mère valorisait énormément les personnes majoritaires blanches, ce qui a nourri chez elle un sentiment de honte envers sa culture et sa langue :

Je me sentais pas proche de ma culture. Pis j'ai vraiment eu aussi la réalisation, je pense il y a 2-3 ans, à quel point j'étais » ashamed » de ma culture. [...] Mais moi je sais que ma mère, elle est top là-dedans, genre avec le internalized colonialism. À 100%. Elle pense vraiment que j'ai grandi avec la mentalité : tu ne maries rien d'autre qu'un blanc. Ma mère était constamment en train de disrespect every single being except white people. Parce que white people, c'est leur pays, ils sont intelligents, ils sont ci... [...] Dis-toi, même parler en espagnol, je pensais que c'était pas bien. Je suis encore ashamed présentement, mais genre inconsciemment.

Au-delà de ce rapport conflictuel avec la culture d'origine, certaines participantes ont été confrontées à des injustices structurelles, notamment dans leur parcours scolaire, où le racisme systémique s'est manifesté de manière marquante et significative.

4.1.3.5 Racisme systémique en milieu scolaire et universitaire : entre isolement et injustice

Deux participantes ont relaté des expériences de racisme systémique dans les établissements d'enseignement, particulièrement au niveau universitaire. Nadia évoque un sentiment d'injustice lié à l'attribution des stages. Elle explique que l'université lui attribuait des stages qui étaient très éloignés de son domicile, contrairement à ses camarades de classe québécois : « au lieu de m'envoyer à un stage proche de chez moi, l'université m'envoyait troooop, trop loin. Tous les Québécois avaient leur stage proche, à part moi. »

Elle rapporte aussi avoir été stigmatisée par une professeure qui l'avait interpellée de manière inappropriée. Elle lui avait demandé : « pourquoi toi tu parles pas fort ? Parce que tu viens d'une culture musulmane ? »

Ines, pour sa part, décrit également une expérience marquante de racisme systémique à l'université. Elle raconte qu'elle avait un professeur, qu'elle qualifie d'« extrêmement raciste », qui la ciblait continuellement durant ses cours. Elle souligne que les membres de sa cohorte, composée de petites classes, ne partageaient pas cette expérience. Elle était donc seule à traverser cela.

Le parcours migratoire des participantes, tel que présenté dans les sections précédentes, met en lumière une série d'épreuves marquantes ayant façonné leur expérience d'immigration : des défis d'adaptation, de la précarité économique, des tensions familiales et culturelles et du racisme systémique. Dans la section suivante, nous aborderons un aspect plus intime et sensible de leur parcours : les idéations suicidaires.

4.2 L'expérience avec les idéations suicidaires

4.2.1 Le vécu des participantes en lien avec les idéations suicidaires

Les causes des idéations suicidaires varient d'une participante à l'autre. Pour la plupart, il s'agit d'un enchevêtrement de facteurs ayant fragilisé leur santé mentale et mené à ces pensées.

4.2.1.1 Les facteurs liés à la sphère extérieure : des blessures académiques comme déclencheur de détresse

Deux participantes, Mariam et Nadia, évoquent l'impact d'un échec scolaire sur leur bien-être psychologique, soulignant à quel point cet aspect de leur vie a pu jouer un rôle central dans l'émergence des pensées suicidaires.

Pour Mariam, l'échec au baccalauréat dans son pays d'origine, survenu bien avant son immigration au Québec, a été un tournant marquant de sa vie. Elle décrit cet événement comme « le pire choc de sa vie », car elle s'était toujours perçue comme une élève intelligente et studieuse. Elle mentionne qu'après cet échec, elle a passé une année enfermée chez elle, sombrant dans une profonde dépression. Pendant près d'un an, elle s'est isolée, coupée de son entourage, et c'est au cours de cette période que les idéations suicidaires ont commencé à émerger.

De son côté, Nadia mentionne que l'échec de son stage a considérablement affecté sa santé mentale. Ne pouvant plus exercer dans le domaine pour lequel elle s'était formée, elle a été contrainte de faire une réorientation professionnelle, ce qu'elle a vécu comme un échec personnel. Elle confie qu'elle s'est « sentie coupable longtemps par rapport à cela ». Cet événement s'est produit durant la même période où sa sœur avait quitté le foyer et son père s'était éloigné pour suivre une formation, la laissant assumer seule les responsabilités familiales. C'est en raison de cette accumulation de pressions professionnelles, familiales et émotionnelles que les idées suicidaires sont apparues.

4.2.1.2 Les facteurs liés à la sphère intime

Pour certaines participantes, les tensions familiales et conjugales ont été des facteurs déterminants dans la dégradation de leur santé mentale. Nadia explique que sa détresse psychologique s'est intensifiée en raison de conflits familiaux et d'une relation conjugale toxique. Elle raconte qu'elle vivait avec un partenaire, à la fois violent psychologiquement et physiquement, qui lui faisait vivre un climat de peur et d'insécurité :

Il était violent avec moi. Il me critiquait tout le temps [...] Pis il pouvait me frapper ou faire d'autres choses [...] J'allais dans la toilette parce que c'était la seule porte qui se fermait. J'avais peur qu'il me donne un coup pis j'allais mourir.

Ne pouvant pas non plus retourner chez ses parents en raison de tensions familiales, elle se sentait piégée entre deux environnements néfastes, ce qui a alimenté son mal-être. Carla, quant à elle, décrit un foyer familial marqué par une communication basée sur les cris et la violence. Elle raconte que les moments les plus difficiles de ses journées étaient les soirées lorsqu'elle devait retourner à la maison dans cette dynamique de violence.

Pour Amina, la principale raison derrière ses idéations suicidaires était une période de post-partum particulièrement éprouvante. Après son accouchement, elle souffrait d'une dépression post-partum et d'un manque de sommeil sévère :

J'étais trop trop fatiguée, pas juste fatiguée, mais épuisée, finie. Il y avait des nuits où je ne dormais pas. Je dis bien : je ne dormais pas. Il y a des dates comme ça que je me rappelle... Je me rappellerai toujours d'une fois, il était 6h du matin et j'étais toujours

comme ça. Du moment où il faut dormir jusqu'à 6h du matin. Je me levais le matin pis je me disais qu'est-ce qui se passe...?

Malgré son épuisement, elle raconte qu'elle continuait de s'occuper de son enfant et de sa famille, mais elle était en mode pilote automatique : « je fonctionnais, mais sans émotion. » Elle mentionne que la seule solution qu'elle envisageait à ce moment-là était la mort pour pouvoir enfin se reposer : « Je voulais mourir, parce que j'étais fatiguée. Je voulais me reposer, c'est tout. C'était l'épuisement intense. »

Carla et Amina ont toutes les deux vécu la perte d'un proche, ce qui a contribué à fragiliser leur état mental. Amina raconte que la perte de son oncle, survenue peu après son accouchement, a été un choc pour elle. Elle raconte qu'il est « parti trop tôt » et qu'elle ne s'y attendait pas. Très proche de lui, elle a vécu son décès avec beaucoup de peine et elle raconte même avoir fait des cauchemars en raison de cela. Pour Carla, c'est le décès de son père, survenu quelques années après son arrivée au Québec, qui a eu un impact important sur sa santé mentale. Elle raconte que sa mort était soudaine, car elle n'était pas au courant qu'il avait le cancer. Sa mère avait dissimulé l'information, car elle croyait qu'il allait guérir :

C'est pour ça qu'ils nous ont rien dit, parce que le médecin a dit qu'il allait guérir, mais il avait le cancer. Puis, finalement non. Il est juste mort [...] Il y a un jour comme ça où on a juste arrêté de le voir.

Bien que ce décès n'ait pas coïncidé directement avec l'apparition de ses idéations suicidaires, il a engendré un profond sentiment de culpabilité et une perception négative d'elle-même.

Dans cette optique, deux participantes, soit Carla et Mariam, témoignent d'une perception très négative d'elles-mêmes durant cette période difficile. Après son échec scolaire, Mariam raconte qu'elle s'est enfermée chez elle pendant un an, coupée du monde. Elle passait son temps à cuisiner et à manger excessivement ce qui a eu un impact sur sa confiance en elle. Elle se souvient qu'elle ressentait un sentiment d'inutilité : « Je sentais que j'étais vraiment inutile, d'être là ou ne pas être là, ça n'allait pas vraiment changer grand-chose. »

Carla, de son côté, évoque qu'elle se détestait au point de s'infliger des blessures par automutilation. La raison pour laquelle elle se détestait particulièrement, c'est parce qu'elle

attribuait la mort de son père à sa propre faute. Elle mentionne que c'est une croyance qu'elle avait internalisé à la suite de nombreux reproches de sa mère à ce sujet :

Je mettais la faute sur moi, genre la raison pourquoi mon père est mort... Mais je pense que c'est parce que, un jour quand j'étais jeune, ma mère m'avait dit qu'elle aurait préféré que je meurs au lieu de mon père (pleure). Après ça, j'ai vraiment commencé à mettre la faute sur moi parce qu'il travaillait trop pis je faisais pas assez.

Elle se rappelle qu'elle se disait constamment : « Je sers à rien. Tout ce que je fais, c'est mal. C'est de ma faute. »

Enfin, certaines participantes estiment que le manque de compréhension de leur entourage a contribué à leur détresse psychologique. Mariam explique que l'année suivant son échec au bac, sa mère la voyait s'isoler et sombrer dans la dépression sans chercher à comprendre ce qui n'allait pas. Elle exprime qu'elle ne comprend pas pourquoi sa mère n'a pas agi lorsqu'elle était dans cet état :

Ce que je comprenais pas, c'est que durant cette période, ma mère n'était pas présente. Oui elle était présente, elle vivait avec moi, mais j'ai l'impression qu'elle ne voyait pas ma souffrance. Alors que je souffrais énormément [...] J'ai l'impression qu'elle s'en foutait (pleure). Je ne comprends pas et je n'ai jamais pu lui demander ça. Après des années et jusqu'à maintenant, j'ai jamais pu lui demander : pourquoi tu m'as pas aidé alors que tu vivais avec moi.

Nadia évoque également un manque de soutien durant sa dépression post-partum. Elle explique que son conjoint ne comprenait pas son état et minimisait sa souffrance en comparant sa fatigue à la sienne. Elle raconte qu'elle se sentait incomprise par celui-ci :

Quand tu te maries, tu t'attends à ce que ton partenaire soit ta béquille on va dire. Quand tu tombes, je vais te relever, je vais pas tomber avec toi. T'es à terre, je vais pas me mettre à terre à côté de toi pis dire : « ah ben moi aussi je suis fatiguée du travail, moi aussi j'ai des problèmes, moi aussi, moi aussi, moi aussi. » Ça, je l'ai senti, je l'ai vécu, il me le disait. « Moi aussi je suis fatiguée du travail »... mais c'est pas ça. J'avais hâte d'être fatiguée du travail seulement. C'était pas ça.

Elle explique que ce manque de reconnaissance de sa détresse a contribué à des tensions au sein de leur couple.

Les récits des participantes révèlent que les idéations suicidaires ne sont pas apparues de manière soudaine ou isolée, mais qu'elles ont émergé à la suite d'un ensemble d'épreuves successives et souvent cumulatives, tant dans la sphère intime (familiale, conjugale et personnelle) que dans la sphère extérieure (milieu scolaire et universitaire). La section suivante s'attardera à décrire plus en profondeur ces idéations, en mettant en lumière la façon dont elles ont été vécues et comprises par les participantes elles-mêmes.

4.2.2 Les perceptions des participantes en lien avec la santé mentale

Relativement aux perceptions des participantes en lien avec la santé mentale, deux dimensions principales se dégagent : la signification que les participantes attribuent au suicide, et leur critique sur la façon dont la santé mentale est parfois normalisée, parfois banalisée.

4.2.2.1 La signification du suicide : une vision commune

Dans l'ensemble, les participantes perçoivent le suicide comme une façon de mettre fin à une souffrance jugée insupportable. Mariam illustre cette idée à travers une analogie entre la douleur psychique et la douleur physique. Elle compare la souffrance mentale à une maladie du corps, soulignant ainsi la légitimité de la détresse psychologique :

Tu vois une personne quand elle a un cancer, elle est malade. C'est la même chose par rapport à une personne dont l'âme est malade. Donc, si tu as de la fièvre, c'est normal, si tu te casses le bras, c'est normal. Donc, c'est normal que l'âme soit malade aussi. Et quand l'âme est malade, la première chose qui traverse ta tête c'est de faire sortir l'âme du corps, tu vois.

Certaines participantes, telles qu'Ines et Mariam, insistent sur l'importance de ne pas porter de jugement envers les personnes qui vivent des idéations suicidaires ou qui posent un geste suicidaire. Ines pense que « c'est ignorant d'avoir un jugement moral ou de se dire que le suicide, c'est mal ». Selon elle, ce n'est pas nécessairement une bonne chose ou une mauvaise chose, c'est plutôt « une grande détresse ». Mariam, de son côté, exprime qu'elle ne peut pas avoir de jugement et que personne ne devrait en avoir, « parce qu'on peut pas se mettre à la place de la personne qui souffre ».

De son côté, Nadia perçoit le suicide comme quelque chose de triste et elle dit que cela lui « brise le cœur ». Toutefois, elle affirme comprendre les raisons qui peuvent pousser quelqu'un à envisager cette issue, soulignant que « des fois, les personnes ont traversé tellement de choses [...] Je pense que le suicide, c'est quand on arrive plus à supporter. »

Pour elle, le suicide est donc le résultat d'un épuisement profond, lorsque les ressources internes et externes d'une personne ne sont plus suffisantes pour faire face à sa souffrance.

Enfin Ines résume cette idée de manière concise, en définissant le suicide comme « le fait de juste plus être là, plus vivre ».

4.2.2.2 La normalisation et la banalisation de la santé mentale

Au fil des entretiens, plusieurs participantes ont abordé la manière dont la santé mentale est perçue et traitée dans leur entourage et dans la société en général. Leurs propos révèlent à la fois une certaine évolution pour une normalisation du sujet, mais aussi des formes persistantes de banalisation.

Amina constate que la santé mentale est de plus en plus abordée, tant dans sa communauté qu'au sein de la société en général. Elle souligne que cette évolution l'a encouragée à partager son vécu dans le cadre de cette entrevue, chose qu'elle n'aurait probablement pas envisagée dix ans plus tôt.

De son côté, Ines explique qu'elle a longtemps minimisé son propre vécu et ses traumatismes, en comparant sa situation aux autres. Elle se disait constamment : « il y a des gens qui vivent tellement pire que ça ». Elle estime que cette façon de penser a ralenti son processus de guérison, l'empêchant de reconnaître pleinement l'impact de ce qu'elle avait vécu, mais elle mentionne avoir réussi à déconstruire cela.

Carla soulève, quant à elle, une problématique différente, celle de la banalisation de certains comportements autodestructeurs, notamment l'automutilation. Elle déplore l'inaction des adultes dans son milieu scolaire face à la fréquence et la gravité de cette pratique parmi les élèves de son école secondaire. Selon elle, l'absence de sensibilisation et de soutien a contribué à la normalisation

de ce comportement chez les jeunes filles : « C'était comme si c'était un problème courant chez les jeunes qui va passer. Selon moi, il devait avoir plus de soutien. Il y avait zéro sensibilisation. Il y avait rien. »

Dans cette même lignée, Ines constate les incohérences dans les discours sociaux autour de la souffrance. Elle critique notamment le contraste entre les efforts de prévention du suicide et l'acceptation de l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladies physiques graves. Pour elle, cette dichotomie illustre une « prévalence d'une souffrance au détriment de l'autre, parce que l'une est visible physiquement et l'autre, non »

Ces perceptions contrastées de la santé mentale permettent d'éclairer le contexte dans lequel les participantes ont dû composer avec leur détresse. La prochaine section abordera les différentes stratégies qu'elles ont mises en place pour tenter de faire face à leur souffrance.

4.3 Les stratégies de coping

Les participantes ont mentionné plusieurs éléments qui les ont aidées à se protéger contre leurs idéations suicidaires. Certaines ont adopté des stratégies axées sur elles-mêmes, tandis que d'autres ont trouvé du réconfort auprès de leurs proches, de la religion ou de la communauté.

4.3.1 Les stratégies centrées sur soi

4.3.1.1 L'activité physique

Certaines participantes ont mobilisé des stratégies d'autosoin afin de préserver leur bien-être psychologique. Nadia explique qu'elle essayait de rester active physiquement, en faisant de la marche, du sport ou de la danse, ce qui l'aidait à mieux gérer son état émotionnel. Les marches au mont Royal étaient devenues une routine pour elle : « Je m'accordais tous les dimanches, même si j'avais une période difficile, pour aller faire une marche au mont Royal ».

4.3.1.2 L'alimentation

D'autres participantes ont utilisé l'alimentation comme moyen d'adaptation. Mariam, par exemple, raconte qu'elle cuisinait et mangeait de manière excessive lors de sa période difficile. De son côté,

Amina aussi avait instauré un rituel alimentaire pour améliorer son sommeil. Après avoir lu que la banane était bénéfique pour le sommeil, elle avait pris l'habitude d'en manger une chaque soir avant de dormir : « J'avais lu une fois que la banane, c'est bon pour dormir. Et je pouvais pas dormir, s'il n'y avait pas de banane à la maison ».

4.3.1.3 Les comportements autodestructeurs

Certaines participantes ont eu recours à des comportements autodestructeurs comme moyen d'extérioriser leur souffrance. Carla explique qu'elle pratiquait l'automutilation « pour avoir mal » afin de soulager sa douleur intérieure.

Nadia, quant à elle, raconte qu'elle se brûlait volontairement afin de laisser des marques qui lui rappelaient la souffrance infligée par son partenaire violent, dans l'espoir de ne pas retourner avec lui :

Je me disais : OK, je vais vraiment me brûler... parce que chez nous, ils font ça. Ils prennent un couteau ou une cuillère, ils vont la mettre sur le feu pis ils vont se dire : OK, ça c'est une marque. À chaque fois que je vais penser à ça, je vais plus jamais revenir avec lui.

4.3.1.4 La religion comme facteur de protection

Plusieurs participantes ont évoqué l'importance de la religion dans leur parcours. Ines témoigne son rapport profond avec la religion affirmant que Dieu ne l'a jamais abandonnée durant ses périodes difficiles. Elle explique que sa foi donne un sens à sa vie :

Ce qui guide ma vie, ce qui donne sens à ma vie, c'est ma religion. C'est ça ma boussole dans ma vie. C'est un très gros facteur de protection. C'est ma bouée de sauvetage. C'est ma bouée de sauvetage quand je ne vais pas bien et c'est ma boussole dans ma vie. C'est ce qui guide et donne un sens à ma vie. [...] Je te dirais, si on peut mettre des termes scientifiques à la chose, mes raisons de vivre, c'est ça.

Amina, de son côté, explique que la peur de devoir affronter Dieu après la mort a constitué un frein face à ses idéations suicidaires. Elle mentionne que cette croyance a joué un rôle central dans sa décision de ne pas commettre un geste suicidaire :

C'est facile de se donner la mort, et après? C'est pas le néant, c'est pas le noir total. Je suis croyante. Je sais ce qui va avoir après ça... Une fois passé à l'acte, c'est le fait d'affronter Dieu. [...] J'avais peur. J'assumais pas.

Carla évoque également que sa foi a été un soutien fondamental dans les moments les plus sombres de sa vie. « Mon plus grand soutien, ça reste la religion » exprime-t-elle.

Outre les stratégies de protection, telles que l'activité physique et la religion, et les stratégies potentiellement nuisibles, comme l'alimentation excessive et certains comportements autodestructeurs, les participantes se sont également appuyées sur des liens affectifs significatifs, qu'il s'agisse de leurs proches, de leurs animaux ou de la communauté.

4.3.2 Le soutien des proches et le réconfort apporté par la présence d'un animal

4.3.2.1 La famille et les amis

Toutes les participantes ont trouvé un soutien crucial auprès de leurs proches. Nadia mentionne qu'elle avait toujours une pensée envers sa mère lorsqu'elle avait des idées suicidaires. Elle mentionne que cette pensée envers elle l'a aidée à ne pas succomber à ses idées, car elle ne voulait pas lui infliger une telle souffrance.

Mariam, à l'inverse, raconte qu'elle en veut à sa mère de ne pas avoir été là pour elle lors de sa période difficile. Elle indique que les personnes qui étaient là pour elle durant cette période, c'était sa tante et sa soeur, mais principalement sa tante qui l'a accompagné à traverser sa dépression : « si je suis là, c'est grâce à elle ».

Amina, quant à elle, affirme que la personne qui l'a véritablement sauvée, c'est sa fille. Pendant son post-partum, elle raconte qu'elle allaitait exclusivement sa fille, car celle-ci refusait de prendre le biberon. Elle se disait alors : « c'est grâce à moi qu'elle vit. [...] imagine si je pars, elle va pas boire, elle va mourir ».

Ines évoque, quant à elle, le soutien inestimable de ses amis qui ont su l'accompagner durant sa période de dépression. Elle souligne notamment son privilège d'être entourée d'amis dotés d'une grande intelligence émotionnelle.

Carla, de son côté, mentionne que son mari, sa petite soeur et sa meilleure amie ont été ses principaux piliers, mais surtout son mari. Elle explique qu'elle a rencontré son mari, qui était son petit ami à l'époque, durant la période où elle faisait face à des idéations suicidaires. Une connexion profonde s'est établie rapidement entre eux sur le plan émotionnel et c'est lui qui l'a encouragée à cesser l'automutilation.

4.3.2.2 Les animaux de compagnie et la communauté

Le soutien nommé par les participantes ne s'est pas limité aux êtres humains. Deux participantes ont souligné l'importance de leurs animaux de compagnie dans leur processus de survie.

Mariam mentionne que ses chats font partie de ses raisons de vivre. Elle explique qu'ils l'ont aidée « à surmonter beaucoup de choses ». Elle raconte notamment que ses chats l'ont aidée à tenir bon parce que chaque fois qu'elle avait des idéations suicidaires, elle avait une pensée envers ses chats, l'empêchant ainsi de commettre un geste suicidaire.

Carla, quant à elle, mentionne que la présence de son chien est un réel support et une source de réconfort pour elle :

Mon chien, c'est ma vie [...] Toutes les fois où j'ai vraiment eu des idées... je me disais : non i gotta go home, elle est là. Je l'aime vraiment beaucoup. [...] Mon chien, c'est vraiment my number one.

Enfin, une participante a évoqué le rôle d'Internet comme soutien dans sa période difficile. Amina raconte qu'elle consultait des forums en ligne où elle pouvait lire des témoignages de femmes vivant la même chose qu'elle. Cela lui a permis de se sentir moins seule et de mieux comprendre son état. Elle mentionne avoir été particulièrement marquée par l'explication d'un médecin sur un forum, comparant son état à une voiture dont le frein et l'accélérateur sont enfoncés simultanément : la voiture ne bouge pas, mais le moteur tourne. Elle raconte que cette explication lui a permis de mieux comprendre son état psychologique : « je l'ai fait dans mon auto, je l'ai essayé pour que je comprenne ce que je fais à mon cerveau. Puis j'étais comme : oh shit. C'est ça. C'est ce que je faisais à mon cerveau. »

Bien que le soutien de l'entourage, de la communauté et la présence d'un animal aient constitué des ressources précieuses pour les participantes, plusieurs ont également tenté de chercher de l'aide auprès des services professionnels, avec des parcours marqués par des obstacles et des hésitations ou, au contraire, des expériences significatives.

4.4 La trajectoire des services en santé mentale

La trajectoire des participantes montre une relation complexe avec les services de santé mentale, tant sur le plan de l'accessibilité que du sentiment d'adéquation de l'aide reçue.

4.4.1 L'utilisation ou non des services en santé mentale

La majorité des participantes ont eu recours à des services d'aide. Quatre d'entre elles mentionnent avoir consulté un professionnel lors de leurs idéations suicidaires.

Mariam explique que c'est sa tante qui lui a recommandé de voir un psychologue après l'échec de son bac. Cette dernière a même effectué les démarches à sa place. Elle a ainsi consulté une psychologue du secteur privé pour un court suivi d'environ six séances. Elle souligne que ces rencontres lui ont permis de s'exprimer librement et d'extérioriser ses émotions, ce qui l'a « un peu apaisée ». Toutefois, elle avoue n'avoir jamais abordé ses idéations suicidaires avec la psychologue.

Ines, quant à elle, décrit un long parcours avec les services en santé mentale. Elle confie avoir tardé à consulter en raison d'une croyance internalisée selon laquelle d'autres vivaient des situations bien pires que la sienne. Lorsqu'elle a finalement décidé de chercher une aide professionnelle, elle a trouvé rapidement une psychologue qui correspondait à ses critères et qui offrait un tarif raisonnable dont une partie était couverte par ses assurances privées. Elle explique à quel point c'était important pour elle de trouver une psychologue racisée :

C'est important pour moi d'avoir une personne racisée, parce qu'il y a plusieurs éléments culturels et religieux que les personnes blanches comprennent pas pis c'est important pour moi, si je cherche de l'aide, que la personne avec qui je suis vulnérable comprend mes difficultés en tant que personne racisée, parce qu'elle aussi est racisée.

Après plusieurs séances de thérapie, elle mentionne qu'elle a été dirigée vers un psychiatre du secteur public par sa psychologue. Bien qu'initialement réticente, elle a accepté de le consulter en raison de la relation de confiance établie entre elle et sa psychologue. Elle a ainsi bénéficié d'un suivi psychiatrique, en plus de sa thérapie. Elle affirme que ces services ont grandement contribué à l'amélioration de son état mental.

Carla, de son côté, mentionne avoir consulté la psychologue de son école lorsqu'elle faisait face à des idéations suicidaires et pratiquait l'automutilation. Elle souligne que ces rencontres lui permettaient d'extérioriser ses émotions, bien qu'elle ressente que la psychologue ne l'a pas réellement aidée. Elle mentionne avoir eu l'impression de simplement se parler à elle-même, mais elle reconnaît que verbaliser son état lui faisait tout de même du bien.

Nadia, pour sa part, a utilisé d'autres types de ressources, notamment le Programme d'aide aux employés (PAE) de son milieu de travail et le service provincial Info-Social 811. Elle mentionne que l'approche du PAE, centrée sur l'actualisation de soi, ne lui convenait pas. Quant au service Info-Social, elle explique qu'en faisant part de son état à une travailleuse sociale, celle-ci a failli « lever le drapeau rouge » en contactant les services policiers, ce qui lui a causé une grande peur.

Enfin, Amina raconte n'avoir mobilisé aucun service lors de sa dépression post-partum, car elle n'était pas « dans un état où [elle] était capable de parler avec un professionnel ». Elle dit qu'elle était seule face à elle-même.

4.4.2 Les perceptions des participantes face aux services en santé mentale

Les participantes expriment majoritairement des critiques quant à l'accessibilité et l'efficacité des services en santé mentale. Leurs témoignages sur leurs parcours concernant ces services mettent en lumière plusieurs obstacles qui freinent le recours à l'aide professionnelle, notamment le manque de ressources disponibles, le coût des services ainsi que le manque de visibilité des ressources existantes.

Ines déplore particulièrement l'insuffisance des services pour les personnes vivant avec des idéations suicidaires. Selon elle, à l'exception du Centre de prévention du suicide, il existe très peu

de ressources accessibles de manière rapide et efficace pour les personnes vivant avec une grande détresse.

Par ailleurs, Ines et Nadia insistent toutes deux sur le coût élevé des services psychologiques, qu'elles considèrent comme un frein majeur à l'accès aux soins.

Nadia pense toutefois que certaines ressources gratuites ou abordables existent, mais qu'elles ne sont pas suffisamment mises de l'avant. Elle trouve qu'il n'y a pas assez de promotion pour encourager les gens à utiliser certaines ressources. Elle donne l'exemple des services psychologiques gratuits offerts aux étudiants universitaires, dont l'existence est méconnue par une grande partie de la population étudiante.

En somme, les récits des participantes mettent en lumière la complexité de leur trajectoire menant aux idéations suicidaires. Loin d'être liées à un événement isolé, ces idéations émergent souvent dans un contexte d'accumulation de souffrances, issues à la fois de la sphère intime (familiale, conjugale, personnelle) et de la sphère extérieure (milieu scolaire ou universitaire). Pour faire face à cette détresse, les participantes ont mobilisé diverses stratégies de coping, allant de pratiques d'autosoin centrées sur elles-mêmes jusqu'à recourir au soutien de leurs proches, de la communauté ou même des services en santé mentale. Par ailleurs, les participantes pointent certaines limites du système de santé en dénonçant notamment le manque d'accessibilité des services, en raison des coûts élevés, ainsi que la faible visibilité des ressources déjà existantes. La prochaine section proposera une analyse transversale et approfondie de ces résultats en revenant sur le cadre conceptuel de la recherche.

CHAPITRE 5

ANALYSE ET DISCUSSION

À la lumière des résultats obtenus, ce chapitre vise à amorcer des éléments de réponse sur la question de recherche suivante : quelles sont les expériences des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires et quelles sont leurs trajectoires au sein des services en santé mentale ? Nous souhaitons ainsi documenter et mieux comprendre l'expérience des femmes immigrantes qui font face à des idéations suicidaires et leurs trajectoires de services en santé mentale. L'analyse qui suit s'articule autour de plusieurs axes interreliés et mettra en dialogue les auteurs, autrices de notre cadre conceptuel. Notre analyse corrobore certains savoirs déjà connus dans la littérature sur les idéations suicidaires mais elle révèle aussi très bien les spécificités liées aux femmes immigrantes. Ces dernières spécificités soulignent l'importance d'offrir des services adaptés en tenant compte des aspects culturels et migratoires. Dans un premier temps, nous aborderons les effets du processus migratoire sur la santé mentale des participantes, en mettant en lumière les manifestations de la charge mentale, de la violence structurelle, du racisme systémique ainsi que les impacts de la transmission intergénérationnelle des traumatismes. Nous nous pencherons ensuite sur la résignation en tant que représentation sociale et les stratégies de coping mobilisées par les femmes pour faire face aux épreuves, en mobilisant les concepts de résilience, de soutien social et d'empowerment. Par ailleurs, la dimension identitaire s'est imposée comme un élément d'analyse incontournable à travers les expériences des participantes, ce qui n'était pas prévu avant de faire notre terrain. Nous analyserons donc les effets des assignations identitaires, de la dépossession identitaire et du racisme intériorisé, tels que vécus par les participantes et qui ressortent de façon transversale. Enfin, puisque nous nous intéressons aux services pour ces femmes, nous terminerons ce chapitre en discutant de la pertinence du courant ethnopsychiatrique comme cadre d'intervention sensible aux réalités plurielles de ces femmes immigrantes.

5.1 Les effets de l'immigration : un constat fort

En s'appuyant sur les récits des participantes, la présente section décrit les effets de l'immigration sur la santé mentale. Rappelons que la trajectoire migratoire représente un processus complexe impliquant des transformations majeures dans l'environnement des personnes, pouvant affecter leur santé mentale (Baubet et Saglio-Yatzimirsky, 2021 ; Kirmayer *et al.*, 2011). Au coeur de cette

trajectoire, quatre nœuds sont apparus : des manifestations d'une charge mentale, de la violence structurelle, du racisme systémique ainsi que l'identification d'impacts dans la transmission intergénérationnelle des traumatismes.

5.1.1 Trajectoire migratoire et charge mentale : des préoccupations cumulées

Les résultats présentés dans la section précédente montrent que les participantes ont fait face à de nombreux changements et défis au fil des différentes étapes de leur trajectoire migratoire. De ces épreuves émerge, chez plusieurs d'entre elles, une charge mentale importante, définie comme un poids constitué d'une multitude de tâches, responsabilités et préoccupations constantes qui pèse lourd (Paillet, 2018). Cette charge, à la fois cognitive et émotionnelle, peut devenir nuisible au bien-être psychologique et physique et affecter la santé mentale (Paillet, 2018).

Chez les femmes immigrantes, cette charge mentale est souvent amplifiée par le cumul des rôles, les contraintes liées au déracinement et les attentes genrées en matière de soin et de soutien familial (Courcy, 2023 ; Paillet, 2018). Elles doivent non seulement composer avec les défis d'intégration et d'adaptation, mais aussi répondre aux injonctions sociales, parfois implicites. C'est notamment le cas d'Amina, qui, malgré sa détresse et ses idéations suicidaires, continuait de s'occuper du foyer sans jamais se permettre de fléchir : « C'est moi la maman. Je dois m'occuper de ma maison [...] Je ne dois pas délaisser ma maison. » Nadia, quant à elle, a dû assumer seule les responsabilités familiales lors de l'absence prolongée de son père. Ces récits illustrent la manière dont ces femmes intériorisent le devoir de « tenir bon » malgré leur propre souffrance, ce qui contribue à invisibiliser leur détresse.

Comme l'indiquent Carroll et al. (2023), il y a un lien entre la migration et la santé mentale. La migration est un processus qui implique des déplacements d'espaces géographiques (Guilbert, 2005), mais qui ne se limite pas qu'à cela. Un processus émotionnel accompagne les phases de la trajectoire migratoire.

Chez les participantes, la phase pré-migratoire était accompagnée de sentiments ambivalents. Elle était porteuse de souvenirs heureux liés à l'enfance et à la présence familiale, mais elle était parfois imprégnée d'un contexte de violence, de discrimination et de corruption. Il en demeure que

l'appréhension face à la migration était difficile pour certaines des femmes, car elle représentait la séparation avec la famille. L'arrivée au Québec a provoqué un choc émotionnel chez la majorité d'entre elles. Certaines ont décrit une expérience teintée d'enthousiasme, d'autres de tristesse ou de peur profonde. La phase post-migratoire s'est avérée tout aussi bouleversante. Elle était marquée par divers événements, responsabilités et apprentissages qui généraient chez elles une pression considérable.

À ces fardeaux socioéconomiques s'ajoutent des expériences de racisme, de moqueries, d'exclusion et de violence dans les environnements proximaux de ces femmes (intimidation à l'école, difficulté d'intégration dans la communauté culturelle, violences familiales ou conjugales) influençant leur expérience migratoire. Certaines ont fait l'objet de jugements sur leurs origines culturelles, nourrissant un sentiment de honte qui s'ajoute à la charge mentale. D'autres ont ressenti de la solitude et une incompréhension face aux violences vécues, ce qui a renforcé leur isolement. Puis, quelques-unes ont vécu des échecs liés à leurs études qui ont eu un impact profond sur leur estime de soi, allant jusqu'à provoquer des idéations suicidaires.

Ces récits montrent comment les identités culturelles et sociales de ces femmes ont été réaménagées au fil de la migration (Guilbert, 2005). Leur perception de soi a été influencée par les expériences vécues dans leur nouvel environnement et leur appartenance à des groupes a été réévaluée (Guilbert, 2005).

Ainsi, cette accumulation de tâches visibles et invisibles, combinée à un stress migratoire et aux bouleversements émotionnels qu'il engendre, contribue à la fragilisation psychologique de ces femmes, pouvant même devenir un facteur de risque dans l'émergence d'une détresse psychologique ou d'idéations suicidaires (Kirmayer *et al.*, 2011).

5.1.2 La violence structurelle et le racisme systémique : des caractéristiques récurrentes pour les femmes immigrantes

En parallèle à cette charge mentale, certaines participantes ont également été confrontées à de la violence structurelle, notamment au sein des institutions scolaires. Selon Galtung (1990), la violence structurelle désigne une forme de violence intégrée dans les systèmes sociaux et

institutionnels, qui empêche les individus de répondre à leurs besoins fondamentaux, sans qu'il y ait nécessairement recours à la violence physique.

Dans le contexte migratoire, cette violence prend notamment la forme de racisme systémique se manifestant à travers des traitements différenciés ou discriminatoires. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) définit le racisme systémique comme une production sociale d'inégalités fondées sur la race dans les décisions et traitements que reçoivent les individus (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2021).

Chez les participantes, ce racisme systémique s'est notamment manifesté au sein du système éducatif. Ines et Nadia ont témoigné de leurs expériences d'inégalités dans l'attribution des stages universitaires ou encore d'interactions avec des enseignants présentant des biais racistes. « Je me sentais ciblée » racontait Ines.

Ces expériences contribuent à instaurer un climat de méfiance envers les institutions, tout en renforçant un sentiment de marginalisation. Elles peuvent également freiner le recours aux services en santé mentale, en accentuant la crainte d'être jugées ou mal comprises.

L'expérience de ces femmes s'inscrit d'ailleurs dans une réalité plus large, documentée par plusieurs études sur le racisme dans les milieux scolaires et universitaires québécois (Magnan, 2023 ; St-Pierre *et al.*, 2023 ; Zayani, 2021). Le système éducatif, loin d'être neutre, tend à reproduire les hiérarchies sociales et raciales dominantes. Comme le souligne Magnan (2023), les normes implicites de l'université, souvent façonnées par une culture blanche dominante, participent à l'exclusion symbolique des personnes issues de l'immigration, renforçant leur invisibilisation et leur isolement.

Ces expériences de violence et d'exclusion viennent parfois s'ajouter à des blessures plus anciennes, transmises par les parents. Ainsi, pour certaines participantes, la trajectoire migratoire s'inscrit dans une histoire familiale marquée par des traumatismes intergénérationnels.

5.1.3 La transmission intergénérationnelle des traumatismes : des représentations à géométrie variable pouvant nuire à la santé mentale des femmes immigrantes

Plusieurs participantes ont témoigné de formes de souffrance psychologique ou de peurs provenant de comportements parentaux qui peuvent être interprétés comme le résultat d'une transmission intergénérationnelle des traumatismes. Ce phénomène, tel que défini par Danieli (1998), désigne le passage de vécus traumatiques d'une génération à l'autre. Ce concept met en lumière les effets durables du traumatisme au sein des familles et il permet de comprendre comment certains comportements, rôles ou symptômes peuvent découler de ces traumatismes vécus dans le passé familial et avoir un impact sur leur santé mentale (Danieli, 1998 ; Isobel *et al.*, 2019 ; Sangalang et Vang, 2017). Ces traumatismes peuvent prendre différentes formes et influencer les générations suivantes, y compris les enfants nés après les événements traumatiques (Danieli, 1998 ; Isobel *et al.*, 2019). En ce sens, le traumatisme devient ainsi un héritage familial transmis de manière implicite (Danieli, 1998 ; Isobel *et al.*, 2019)

Le contexte migratoire peut accentuer cette transmission intergénérationnelle des traumatismes. En effet, la migration implique souvent une rupture avec le milieu d'origine, une perte de repères, un déracinement culturel, ainsi que des conditions de vie marquées par l'instabilité, la précarité et l'isolement (Kirmayer *et al.*, 2011). Ces facteurs peuvent réactiver des traumatismes antérieurs chez les parents et ainsi influencer l'environnement familial (Kirmayer *et al.*, 2011).

Chez les participantes, cette transmission s'est notamment manifestée par des attitudes parentales marquées par la peur, l'hypervigilance ou encore la valorisation du silence face à l'adversité. Ces comportements ont influencé leur développement psychologique et émotionnel, contribuant à façonner leur manière de percevoir le monde, de gérer leurs émotions, et d'interagir avec leur environnement social.

Par exemple, Carla évoque que sa mère choisit souvent le silence face aux injustices et aux difficultés. Cette posture parentale, empreinte de peur et de non-dits, a fortement marqué son propre rapport à la parole. Durant sa période fragile, elle avait rencontré la psychologue de son école, mais elle ne s'était pas ouverte sur ses idéations suicidaires. Elle précise que c'est dans le cadre de cette

recherche qu'elle aborde pour la première fois ses idéations suicidaires : « J'en ai jamais parlé, tu sais? »

De manière semblable, Amina rapporte que ses parents lui répétaient sans cesse qu'il ne fallait pas dévoiler sa vie aux autres par peur de jugement et de représailles. Elle décrit sa famille comme peu outillée pour faire face aux enjeux émotionnels : « Ils n'étaient pas très forts dans la gestion des émotions [...] et dans tout ce qui est soutien mental. » Cette absence d'accueil émotionnel l'a conduite à vivre seule ses idéations suicidaires, sans chercher à solliciter des ressources d'aide.

Ces exemples révèlent ainsi la complexité de la souffrance psychique des femmes immigrantes, à l'intersection du vécu migratoire et de l'héritage familial. Cette transmission intergénérationnelle s'inscrit dans un processus plus large de socialisation à la souffrance, qui influence la manière dont les participantes interprètent leurs émotions et leurs difficultés. C'est dans ce contexte qu'une forme de résignation face à la détresse psychologique prend sens et que le suicide peut apparaître comme une réponse à une douleur perçue comme insurmontable.

5.2 La résignation comme représentation sociale

Les résultats ont permis de dégager les représentations que chaque participante avait du suicide. Un élément qui émergeait dans les discours était la résignation face à la souffrance. Le suicide était perçu comme la conséquence d'un épuisement des ressources internes et externes.

Certaines participantes ont été socialisées dans des environnements familiaux où les comportements autodestructeurs et les idées suicidaires étaient banalisés. Cette banalisation contribuait à minimiser leur propre vécu, retardant ainsi la recherche de soutien. Elles racontent s'être senties isolées dans leurs difficultés, aggravées par des conflits familiaux, des relations violentes et une incompréhension de leur entourage.

À cela s'ajoutent des obstacles importants dans l'accès aux services de santé mentale, notamment un manque de ressources adaptées à leur réalité. Elles dénoncent le manque de sensibilisation à la santé mentale, les coûts élevés, les approches cliniques inadaptées ainsi que l'absence de représentation culturelle parmi les professionnels. Ce contexte de prise en charge inadéquate n'était

pas propice à une amélioration de leur état. Malgré le soulagement apporté par le fait de verbaliser leur souffrance, plusieurs ont exprimé que les services offerts ne leur avaient pas réellement convenu.

Dans ce contexte, l'accumulation de pressions professionnelles, familiales et émotionnelles a participé à l'émergence des idéations suicidaires. Face à cet épuisement global, à la fois émotionnel, social et institutionnel, la majorité d'entre elles en sont venues à percevoir le suicide comme un moyen de mettre fin à une souffrance jugée insupportable.

Cette façon d'interpréter le suicide n'est pas isolée. Elle s'inscrit dans des constructions collectives qui influencent la manière dont les personnes interprètent leur souffrance (Moscovici, 1984 cité dans De Carlos, 2015). Ainsi, la banalisation du suicide et la réticence à demander de l'aide ne relèvent pas seulement d'un manque de ressources, mais aussi de visions du monde forgées dans l'enfance à travers la socialisation familiale et sociale (Rateau et Lo Monaco, 2013). Ces représentations contribuent à façonner les comportements et les stratégies d'adaptation des femmes face aux idéations suicidaires.

En somme, l'interprétation que ces femmes font des idéations suicidaires est le résultat d'un enchevêtrement entre la détresse individuelle, les inégalités structurelles et les représentations sociales et familiales de la santé mentale. Face à cette souffrance multiforme, les participantes ont su mobiliser diverses stratégies pour faire face à leur détresse et pour se protéger. C'est à l'analyse en profondeur de ces stratégies de coping que s'attarde la prochaine section.

5.3 Les stratégies de coping des femmes immigrantes : entre résilience, soutien social et reprise de pouvoir

Comme le démontrent les résultats de cette étude, les participantes ont été confrontées à des situations profondément éprouvantes, suscitant une vaste gamme d'émotions négatives. Face à cette détresse, elles ont mobilisé diverses stratégies de coping, c'est-à-dire des mécanismes psychologiques et comportementaux pour faire face aux situations stressantes et les rendre plus tolérables (Biggs *et al.*, 2017 ; Delelis *et al.*, 2011). Ces stratégies varient en fonction du contexte

personnel de chaque participante, de ses ressources internes, ainsi que de son environnement social et culturel.

5.3.1 Résilience individuelle et relationnelle dans un contexte migratoire : des tuteurs solides

Les participantes ont témoigné d'une profonde résilience tout au long de leur parcours marqué par les idéations suicidaires. La résilience, telle que définie par Manciaux et al. (2001, cité dans Anaut, 2005), désigne « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères ». Cette capacité de rebondir face à l'adversité semble avoir été observée chez les participantes malgré des contextes de vie profondément marqués par la précarité, l'isolement et les ruptures familiales.

Certaines participantes ont puisé leur force dans leurs liens d'attachement pour tenir bon (enfant, mère, sœur, animaux de compagnie). D'autres ont mobilisé des ressources plus internes, comme leur force intérieure, ou ont fait appel à des services d'aide. Leur capacité à s'adapter, à demander de l'aide, à chercher du sens ou à simplement persévérer malgré leurs souffrances témoigne de leur résilience.

Toutefois, la résilience n'est pas uniquement un processus individuel. Elle est aussi un processus dynamique et relationnel qui implique de naviguer avec les ressources internes et externes et de négocier avec elles (Ungar, 2011). Les témoignages des participantes confirment cette lecture : leur résilience est façonnée autant par leurs forces internes que par les appuis externes qu'elles ont pu (ou non) mobiliser. Dans la suite de l'analyse, le rôle du soutien social sera examiné comme levier essentiel de cette résilience.

5.3.2 Le soutien social : un filet de sécurité indispensable pour les femmes immigrantes

Toutes les participantes de cette étude ont eu recours, à un moment ou un autre, à des formes de soutien social dans leur parcours avec les idéations suicidaires. Ce soutien, qu'il provienne de la famille, d'amis, de communautés virtuelles ou de la présence réconfortante d'un animal, s'est révélé essentiel à leur survie psychique et émotionnelle. Ces résultats vont dans le même sens que ce que la littérature met en évidence depuis plusieurs décennies : le soutien social constitue un

facteur de protection reconnu en santé mentale (Caron et Guay, 2005 ; Cleary *et al.*, 2023 ; Cohen, 2004 ; Tousignant, 1988). Il permet d'amortir les effets du stress, de favoriser la valorisation de soi et de prévenir une détérioration de la santé mentale (Caron et Guay, 2005).

Selon Cohen (2004), le soutien social peut prendre plusieurs formes : instrumental lorsqu'il s'agit d'un appui concret (ex. : aide financière, assistance dans une démarche) ; informationnel lorsqu'il fournit des conseils ou des orientations ; et émotionnel lorsqu'il prend la forme d'écoute, d'empathie ou de réconfort.

Les récits des participantes illustrent clairement ces dimensions. Certaines ont reçu du soutien instrumental à travers l'accompagnement d'un proche dans leurs démarches. D'autres ont bénéficié d'un soutien émotionnel précieux offert par leur conjoint, leur sœur ou leur cercle d'amies, leur permettant de se sentir comprises et moins seules. Certaines participantes ont également trouvé une source constante de réconfort en dehors des relations humaines : leurs animaux de compagnie qui représentent pour elles une raison de vivre. « Mon chien, c'est ma vie » témoigne notamment Carla. Par ailleurs, l'une des participantes, soit Amina, a mentionné le rôle salutaire des forums en ligne, dans lesquels elle a trouvé des explications et des récits d'expériences similaires au sien. Ceci illustre l'apport d'un soutien informationnel dans la compréhension et la gestion de son état mental.

L'ensemble des témoignages souligne que le soutien social, sous toutes ses formes, joue un rôle central dans la manière dont ces femmes immigrantes font face à leurs idéations suicidaires. Dans un contexte migratoire où l'accès aux ressources formelles est parfois restreint en raison de barrières structurelles, linguistiques ou culturelles, ces soutiens (souvent informels) deviennent des filets de sécurité essentiels qui participent directement à la préservation de leur vie.

5.3.3 Reprise de pouvoir et autonomie : l'empowerment comme levier de transformation pour les femmes immigrantes

Bien que cet aspect n'ait pas été initialement prévu dans notre cadre conceptuel, l'analyse des témoignages a mis en lumière une dynamique importante de reprise de pouvoir chez les participantes. En effet, ces dernières n'étaient pas uniquement réceptrices passives de soutien : elles

ont également joué un rôle actif dans la reconstruction de leur bien-être. Ce processus s'inscrit dans une logique d'empowerment, défini par Ninacs (2002) comme « le processus par lequel un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité de l'exercer de façon autonome » (p.48-49).

L'empowerment des participantes s'est manifesté à travers la manière dont elles ont réussi à surmonter les obstacles personnels et systémiques, en prenant des décisions qui ont influencé positivement leur parcours que ce soit par des actions concrètes ou en activant des ressources externes, comme leur réseau de soutien ou leur environnement. Ces gestes témoignent d'un refus de se résigner et d'une volonté d'améliorer leur état psychologique.

Nadia, par exemple, tentait de prendre du temps pour elle-même intégrant des activités centrées sur son bien-être, comme la marche et la danse. Elle raconte qu'elle allait danser chaque samedi et qu'elle faisait une marche sur le mont Royal chaque dimanche : des gestes simples, mais significatifs qui lui permettaient de se reconnecter à elle-même. Ines, de son côté, a sollicité une aide professionnelle en santé mentale, en consultant des services psychologiques et psychiatriques, démontrant ainsi une prise de conscience de ses besoins et une volonté d'y répondre par des moyens appropriés. Pour Amina, l'empowerment est passé par la spiritualité. Elle raconte que lorsqu'elle se sentait submergée par des pensées négatives, elle écoutait des versets religieux sur YouTube, affirmait que cela l'aidait à chasser ces pensées et à retrouver une forme de sérénité.

Ces exemples témoignent d'une capacité à agir sur soi et sur son environnement, malgré des contextes marqués par la souffrance. Loin d'être figées dans une posture de vulnérabilité, les participantes ont su mobiliser des ressources internes et externes, démontrant que l'empowerment peut jouer un rôle central dans le processus de rétablissement. Toutefois, cette reprise de pouvoir s'exerce aussi dans un cadre où les identités sont sans cesse mises à l'épreuve. C'est à cette dimension identitaire que nous nous intéressons dans la section suivante.

5.4 Dimensions identitaires en contexte migratoire : entre assignations, dépossession et intériorisation

À travers les récits des participantes, on constate que des enjeux identitaires profonds ont émergé, ce qui n'avait pas été prévu lors de la construction du cadre conceptuel. Ces enjeux se révèlent toutefois essentiels à l'analyse des expériences vécues par les femmes immigrantes rencontrées.

Le déracinement vécu dans le processus migratoire confronte ces femmes à des assignations identitaires : il s'agit des caractéristiques attribuées par l'extérieur, souvent empreintes de stéréotypes (Boudreau, 2019). Ces assignations, imposées par la société d'accueil, contribuent à maintenir des rapports de domination en enfermant les femmes immigrantes dans des rôles ou des identités figées (Boudreau, 2019).

Comme le souligne Haince (2014), les personnes immigrantes sont fréquemment perçues comme « autres », des figures extérieures à la norme nationale, et elles sont souvent modelées par les attentes implicites de la société d'accueil qui valorise l'image de « l'immigrant parfait » conforme aux valeurs dominantes.

Chez les femmes immigrantes, cette pression identitaire peut engendrer un sentiment de dépossession identitaire lié à la perte de repères culturels et linguistiques conjugués avec des défis socioéconomiques et d'intégration scolaire (Bahi et Piquemal, 2013). En effet, plusieurs participantes ont exprimé une forme de fracture vis-à-vis de leur propre identité.

Ce flou identitaire peut être amplifié par des tensions vécues entre les normes du pays d'origine et celles du pays d'accueil. C'est le cas vécu par Nadia qui évoque un changement graduel de ses croyances religieuses à travers les années. Cette transformation a non seulement creusé un fossé entre elle et sa famille, mais l'a également éloignée de sa communauté d'appartenance, dans laquelle elle dit ressentir un fort jugement. Malgré cela, elle continue d'essayer de tisser des liens avec les gens de sa culture. Carla, de son côté, relate qu'après son immigration elle a eu peu d'occasions de tisser des liens avec des personnes issues de sa communauté d'origine. Elle s'est plutôt entourée de personnes appartenant à d'autres cultures, ce qui n'a pas favorisé un sentiment d'appartenance à sa propre culture. Cette distance s'est notamment traduite par une honte

intériorisée envers sa langue maternelle, qu'elle évite de parler en public, de peur d'être mal perçue. Cette attitude illustre un racisme intériorisé, que Pyke (2010) définit comme le processus par lequel une personne racisée en vient à adopter les stéréotypes et jugements négatifs que la société dominante (majoritairement blanche) véhicule à propos de son groupe d'appartenance. Dans ce cas, la peur du jugement contribue à une forme d'autocensure culturelle, alimentant un effacement partiel de soi dans l'espace public.

L'identité des femmes immigrantes apparaît ainsi comme un espace de tension entre ce qu'elles sont, ce qu'on attend qu'elles soient et ce qu'elles veulent ou peuvent devenir. Si certaines témoignent d'un sentiment d'effacement ou de confusion, d'autres cherchent à préserver ou reconstruire un lien avec leur culture d'origine.

Ces dynamiques identitaires soulignent la nécessité d'approches thérapeutiques sensibles aux dimensions culturelles et subjectives du vécu migratoire. C'est dans cette perspective que la prochaine section examine la pertinence de l'ethnopsychiatrie pour mieux comprendre et accompagner les femmes immigrantes.

5.5 L'approche ethnopsychiatrique : pertinence pour les femmes immigrantes

À la lumière des multiples dimensions soulevées dans cette étude, le courant ethnopsychiatrique apparaît particulièrement pertinent. Ce courant, développé entre autres par les travaux de Georges Devereux et Tobie Nathan, propose une compréhension de la souffrance psychique qui prend en compte les éléments personnels et culturels de la personne ainsi que son rapport au monde (Tshisekedi-Kalanga et Legault, 2005). Rappelons que l'ethnopsychiatrie considère que les troubles psychiques ne peuvent être dissociés du contexte historique, culturel et social dans lequel ils émergent.

Dans le cas des femmes immigrantes rencontrées dans cette étude, ce courant permettrait de reconnaître et de valoriser les repères culturels qu'elles ont dû parfois refouler ou abandonner, notamment dans un contexte d'assignation identitaire et de racisme intériorisé. L'ethnopsychiatrie offre également un espace de parole pour exprimer les souffrances et donner un sens à ces dernières selon des systèmes de pensée propres à la culture d'origine (Lecomte *et al.*, 2006). Elle constitue

donc une réponse thérapeutique potentiellement émancipatrice pour des personnes aux prises avec une perte de sens ou une crise identitaire profonde.

Ce qui a émergé de manière transversale dans les témoignages, c'est l'importance d'un soutien, qu'il soit professionnel, spirituel, communautaire ou affectif, dans la gestion de leur souffrance psychique. Plusieurs participantes ont exprimé le besoin d'être écoutées sans jugement, dans un cadre qui reconnaît la complexité de leur vécu. Ines, par exemple, affirmait : « C'est important pour moi, si je cherche de l'aide, que la personne avec qui je suis vulnérable comprenne mes difficultés en tant que personne racisée ». Ce type de propos met en lumière la pertinence du courant ethnopsychiatrique, qui valorise non seulement les repères culturels des individus, mais aussi la pluralité des formes de soutien. En ce sens, elle pourrait offrir aux femmes immigrantes un espace thérapeutique plus adapté, sensible à leurs appartenances multiples.

L'ethnopsychiatrie mobilise d'ailleurs souvent des médiateurs, traducteurs ou interprètes qui jouent un rôle clé dans le processus thérapeutique (Lecomte *et al.*, 2006). Leur présence permet non seulement de dépasser les barrières linguistiques, mais aussi de « créer une zone commune entre patient et thérapeutes qui n'est ni la société d'origine ni le pays d'accueil » afin d'offrir un espace qui unit tout le monde (Lecomte *et al.*, 2006). Par ailleurs, la clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a développé une grille transculturelle visant à soutenir l'évaluation des usagers dans un contexte de diversité culturelle (Chenouard *et al.*, 2023). Cette grille comprend quatre volets principaux : le parcours migratoire, les éléments culturels, les croyances et la santé mentale. Elle s'appuie sur les fondements théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie et constitue un outil d'accompagnement pour les intervenants (Chenouard *et al.*, 2023). En effet, cette démarche permet aux intervenants d'analyser et de comprendre de manière plus nuancée les expériences singulières des personnes immigrantes, facilitant ainsi une approche respectueuse et contextuelle de leurs trajectoires et appartenances culturelles (Chenouard *et al.*, 2023).

En ce sens, l'ethnopsychiatrie peut être envisagé comme un outil de décolonisation des pratiques en santé mentale, en proposant une remise en question des normes de la psychiatrie occidentale. En favorisant un certain équilibre des rapports de pouvoir entre soignants et soignés, cette approche valorise les savoirs culturels des patients et reconnaît la pluralité des formes de souffrance

psychique. Elle pourrait ainsi offrir un espace thérapeutique où les récits et les pratiques issus de traditions culturelles ne sont pas vus comme des obstacles, mais comme des leviers pour la guérison.

Intégrer une lecture ethnopsychiatrique aux services de santé mentale pourrait ainsi contribuer à mieux accompagner les femmes immigrantes dans leur processus de guérison, en tenant compte de la complexité de leurs trajectoires et de leurs appartenances plurielles. D'ailleurs, une formation reconnue par les ordres professionnels est en cours et porte sur l'évaluation en contexte de diversité culturelle à l'aide de la grille transculturelle (formation offerte par l'équipe de la clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal).

Pour conclure, cette section a mis en lumière les effets profonds et multidimensionnels de la trajectoire migratoire sur les participantes, en soulignant les manifestations d'une charge mentale, les expériences de violence structurelle et de racisme systémique, ainsi que l'impact de la transmission intergénérationnelle des traumatismes. Ces facteurs ont contribué chez ces femmes à l'émergence ou à l'intensification de souffrances psychiques, incluant des idéations suicidaires. Malgré ces défis, les participantes ont démontré des capacités de résilience notables en mobilisant diverses ressources internes et externes, en activant des réseaux de soutien et en s'engageant dans des démarches d'empowerment pour reprendre un certain pouvoir sur leur vie. Par ailleurs, le récit de certaines participantes a révélé des tensions identitaires marquées, nourries par des ruptures culturelles, et parfois amplifiées par des formes de racismes intériorisées. Sur le plan de leur parcours dans les services de santé mentale, les femmes ont souvent rapporté des obstacles liés à l'accessibilité, au manque de reconnaissance de leur vécu spécifique ou à l'absence de sensibilité culturelle. Ces constats ont permis de souligner la pertinence de l'ethnopsychiatrie comme approche pouvant offrir un cadre plus sensible et respectueux des réalités subjectives et culturelles de ces femmes.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif principal de documenter et de mieux comprendre les expériences des femmes immigrantes ayant vécu des idéations suicidaires. Les objectifs sous-jacents étaient d'identifier les stratégies mises en place par ces femmes pour faire face à ces idéations, ainsi que de tracer leur parcours au sein des services en santé mentale.

Le premier chapitre a permis de poser la problématique de recherche, en soulignant la sous-représentation de cette population dans les études sur le suicide. Le deuxième chapitre a présenté le cadre conceptuel mobilisé, articulé autour des notions de trajectoire migratoire, de stratégies de coping, de représentations sociales et d'ethnopsychiatrie. Le troisième chapitre a détaillé la méthodologie adoptée, ancrée dans une approche interculturelle et qualitative. Le quatrième chapitre a présenté les récits des cinq participantes rencontrées, et le cinquième a proposé une analyse transversale de ces données.

En réponse à l'objectif principal, les récits recueillis ont mis en lumière les effets concrets et durables de la trajectoire migratoire sur la santé mentale des participantes. Parmi les éléments saillants, on note une charge mentale significative, la présence de violences structurelles et de racisme systémique ainsi qu'une transmission intergénérationnelle des traumatismes, qui contribuent ensemble à la fragilisation psychologique des femmes. Ces facteurs sont liés à des déclencheurs internes (état post-partum, violences conjugales ou familiales, pertes affectives, haine de soi) et externes (échec scolaire), favorisant l'émergence d'idéations suicidaires.

Concernant l'objectif visant à identifier les stratégies de coping, les résultats montrent que, malgré la souffrance vécue, les participantes ont mobilisé diverses ressources pour composer avec leur détresse. Certaines se sont appuyées sur des pratiques spirituelles, d'autres ont eu recours à l'autosoin ou au recentrage sur soi, tandis que plusieurs ont activé leur réseau de soutien. Ces stratégies témoignent d'une résilience remarquable et d'un processus d'empowerment, démontrant une volonté de reprendre le pouvoir sur leur trajectoire.

Sur le plan de la trajectoire au sein des services en santé mentale, les résultats révèlent des parcours fragmentés, souvent marqués par de la méfiance (ce qui a retardé le recours aux services), un faible recours aux services ou une insatisfaction envers ceux-ci. Plusieurs obstacles ont été évoqués : la peur d’être jugée, la crainte de trahir des normes familiales ou encore une méfiance à l’égard d’un système perçu comme non sensible à leur culture. Ces limites rendent visible un décalage entre les approches dominantes en santé mentale et les besoins spécifiques de cette population. Dans cette perspective, nous avons souligné la pertinence de l’ethnopsychiatrie comme approche plus adaptée.

Cette recherche présente toutefois certaines limites. Les contraintes temporelles et financières, ainsi que les difficultés liées au recrutement, ont conduit à la constitution d’un échantillon restreint. La taille et la nature de cet échantillon ne permettent donc pas de généraliser les résultats ni d’assurer une représentativité des expériences des femmes immigrantes. Néanmoins, la richesse et la profondeur des récits recueillis ont permis de mieux saisir les dynamiques subjectives et contextuelles de ces femmes.

En matière de recommandations, il apparaît essentiel d’adapter les outils d’évaluation et de prévention en matière de suicide, qui, dans leur forme actuelle, ne tiennent pas compte de la diversité culturelle (Duchesne *et al.*, 2024). Ces outils doivent tenir compte des spécificités liées aux parcours migratoires, aux identités culturelles et aux violences systémiques vécues par ces femmes. Il est également nécessaire de former davantage les professionnels de la santé mentale aux réalités culturelles, linguistiques et sociales des populations immigrantes. La perspective féministe intersectionnelle pourrait ici constituer un précieux appui et levier d’intervention.

Enfin, plusieurs pistes s’ouvrent pour de futures recherches. Une étude comparative entre femmes immigrantes et femmes natives permettrait d’approfondir les spécificités culturelles et structurelles du rapport à la santé mentale. Il serait également pertinent de développer des recherches participatives sous forme de groupes de discussion ou de *focus groups*, afin de croiser la production de savoirs avec un dispositif de soutien psychosocial concret mis en place par, pour et avec les femmes immigrantes. L’enjeu de l’accessibilité des services, des lignes de soutien comme Suicide Action pourraient devenir un champ de recherche prometteur pour les femmes immigrantes ayant des idéations suicidaires. Une démarche mixte, conjuguant approches quantitatives et qualitatives, pourrait aussi enrichir la recherche pour continuer d’explorer par exemple les facteurs reliés au

racisme dans une société où l'immigration est devenue le « fonds de commerce » des campagnes électorales à l'échelle locale et internationale. Il aurait également été intéressant d'approfondir la place de la famille dans la continuité des travaux de Vatz Laaroussi par exemple pour être en mesure d'identifier davantage les fonctions multiples de cet espace entre « l'oppression » et le soutien.

ANNEXE A
AFFICHE DE RECRUTEMENT

PARTICIPANTES RECHERCHÉES

**FEMMES IMMIGRANTES, EXPÉRIENCES RELATIVES
AUX IDÉATIONS SUICIDAIRES ET TRAJECTOIRE DE
SERVICES EN SANTÉ MENTALE**

Nous cherchons actuellement des femmes immigrantes qui ont déjà vécu des idéations suicidaires dans le but de participer à une entrevue d'environ 90 minutes en personne ou par visioconférence dans le cadre d'un projet de maîtrise en travail social de l'UQAM

Critères d'admissibilité :

- Être une femme qui a vécu des idéations suicidaires
- Être issue de l'immigration
- Être installée au Canada depuis au minimum 1 an

UNE COMPENSATION FINANCIÈRE DE 30\$ SERA OFFERTE POUR VOTRE PARTICIPATION.



**Pour participer
ou pour plus
d'informations**



Tabasoom Akrami
Étudiante à la maîtrise en travail social de l'UQAM
akrami.tabasoom@courrier.uqam.ca - (514) 632-7642

UQAM | **École de travail social**

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES
Université du Québec à Montréal

ANNEXE B

GRILLE D'ENTRETIEN

Immigration

- Parlez-moi de votre parcours migratoire.
 - Quand avez-vous immigré au Canada ?
 - Quel est votre pays natal ?
 - Avec qui avez-vous immigré ?
 - Dans quel contexte avez-vous immigré ?
 - Pour quelles raisons avez-vous immigré ?
 - Comment décrivez-vous votre expérience migratoire ? (pré-migration, période migratoire et post-migration)

Santé mentale/suicide

- Parlez-moi de la période où votre santé mentale était particulièrement fragile.
 - Quels sont les événements qui ont fragilisé votre santé mentale ?
 - Quelle a été votre expérience avec les idéations suicidaires ?
 - Comment avez-vous réagi aux idéations suicidaires ?
 - Comment les idéations suicidaires vous ont-elles affecté ?
 - Quand avez-vous entendu parler de suicide pour la première fois ?
 - Quel sens donnez-vous au suicide ?

Facteurs de protection

- Comment et avec qui vous êtes-vous protégé de vos idéations suicidaires ?
- Parlez-moi de votre réseau de soutien.
 - Qui sont les proches ou les personnes significatives qui vous soutiennent ? (amis, famille, communauté...)
 - Pouvez-vous compter sur eux pour vous soutenir dans des situations difficiles ?
 - Avez-vous tendance à vous ouvrir à eux lors des périodes difficiles ?
 - Lors de vos idéations suicidaires, en avez-vous parlé à vos proches et ou à des personnes significatives ici ou ailleurs dans le monde ?
- Parlez-moi de vos raisons de vivre, de vos espoirs, de vos projets.
 - Qu'est-ce qui vous a encouragée à continuer lorsque vous viviez une période difficile malgré les idées noires ?

Services

- Êtes-vous allée chercher l'aide d'un professionnel en santé mentale lors de vos idéations suicidaires ? Si oui :
 - Avez-vous trouvé cela aidant ?
 - De quel secteur ces services provenaient-ils (secteur privé, public ou communautaire) ?
- Quels types de ressources aviez-vous mobilisées lorsque vous aviez eu des idéations suicidaires ?

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Femmes immigrantes, expériences relatives aux idéations suicidaires et trajectoire de services en santé mentale

Étudiant-chercheur

Tabasoom Akrami, étudiante à la maîtrise en travail social de l'UQAM : akrami.tabasoom@courrier.uqam.ca; (514) 632-7642

Direction de recherche

Lilyane Rachedi, professeure à l'école de travail social de l'UQAM : rachedi.lilyane@uqam.ca; (514) 987-3000 poste 7050

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui implique les expériences des femmes immigrantes relatives aux idéations suicidaires. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Vous pouvez nous poser toutes les questions que vous jugez nécessaires.

Description du projet et de ses objectifs

- Cette recherche consiste à explorer les expériences des femmes immigrantes relatives aux idéations suicidaires et leurs trajectoires au niveau des services en santé mentale.
- Elle se déroulera pendant une durée approximative d'un an.
- Environ 6 à 8 participantes seront sélectionnées pour réaliser cette recherche.
- Les participantes sélectionnées doivent être âgées de 20 à 34 ans, être issue de l'immigration et être installée au Canada depuis au minimum 1 an.
- L'objectif principal de cette recherche est de documenter et mieux comprendre l'expérience des femmes immigrantes qui font face à des idéations suicidaires et leurs trajectoires au niveau des services en santé mentale. Les objectifs sous-jacents seraient d'identifier les stratégies mises en place par les femmes immigrantes pour traverser ces idéations suicidaires et d'identifier les trajectoires de ces femmes au niveau des services en santé mentale.

Nature et durée de votre participation

- Vous devrez participer à un entretien individuel enregistré d'une durée d'environ 90 minutes.
- Le lieu de l'entretien sera à déterminer avec vous. Nous offrons la possibilité de nous déplacer dans le domicile des participantes ou de faire l'entretien par visioconférence.
- Suite à l'entretien, nous maintiendrons un contact avec vous en cas de besoin jusqu'à la fin de recherche.

Avantages liés à la participation

Le projet vise à donner une voix aux femmes immigrantes qui ont eu des idéations suicidaires au courant de leur vie. Donc, en participant à cette recherche, vous aurez l'opportunité de vous exprimer sur le sujet et de partager vos expériences. Votre participation permettrait également de faire avancer la recherche sur le suicide, en mettant en lumière les défis spécifiques auxquels font face les femmes immigrantes, ce qui favoriserait une meilleure compréhension du phénomène chez ce groupe ciblé.

Risques liés à la participation

Un des risques liés à votre participation serait d'entraîner un impact négatif sur votre bien-être psychologique, notamment en raison de la sensibilité du sujet du suicide. Pour atténuer ce risque, nous allons vous fournir le guide d'entretien à l'avance afin de vous aider à vous préparer psychologiquement aux questions. De plus, votre participation est entièrement volontaire ce qui vous permet de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer complètement de l'étude à tout moment.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que des chercheurs et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues transcrites seront numérotées et seuls les chercheurs auront la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été transcrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés sous clef durant la durée de l'étude. L'ensemble des documents seront détruits un an suivant le dépôt du mémoire de l'étudiante responsable du projet.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser verbalement ou par écrit Tabasoom Akrami, l'étudiante responsable du projet (akrami.tabasoom@courrier.uqam.ca) ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Une compensation financière de 30\$ sera offerte pour valoriser votre temps et votre contribution.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Lilyane Rachédi rachedi.lilyane@uqam.ca (514) 987-3000 poste 7050 ou Tabasoom Akrami akrami.tabasoom@courrier.uqam.ca; (514) 632-7642.

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ de la Faculté des sciences humaines cerpe.fsh@uqam.ca; (514) 987-3000 poste 20548.

Pour toute autre question concernant vos droits en tant que personne participante à ce projet de recherche ou pour formuler une plainte, vous pouvez communiquer avec le bureau de la protectrice universitaire de l'UQAM protectriceuniversitaire@uqam.ca; 514-987-3151.

Remerciements

Nous vous remercions pour votre participation à ce projet de recherche.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

BIBLIOGRAPHIE

- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31. <https://doi.org/10.7202/1085396ar>
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Ayton, D. (2023). Chapter 5: Qualitative descriptive research. Dans D. Ayton, T. Tsindos et D. Berkovic (dir.), *Qualitative Research – A practical guide for health and social care researchers and practitioners* (p. 7-12). Monash University Library. <https://doi.org/10.60754/chqr-dn78>
- Bahi, B. et Piquemal, N. (2013). Dépossession socio-économique, linguistique et résilience : horizons de mobilité sociale chez les élèves immigrants, réfugiés au Manitoba. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 25(1-2), 109-128. <https://doi.org/10.7202/1026088ar>
- Baribeau, C. et 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/10.7202/1016748ar>
- Baubet, T. et Saglio-Yatzimirsky, M.-C. (2021). Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles. *La santé en action*, (455), 15-19. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/migrants-et-sante-soigner-les-blessures-invisibles-et-indicibles>
- Bélanger, V., Bouffard, S. et Rousseau, J. (2007). L'écologie sociale du suicide au Québec. *Recherches sociographiques*, 48(3), 121-138. <https://doi.org/10.7202/018006ar>
- Biggs, A., Brough, P. et Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. Dans C. L. Cooper et J. Campbell Quick (dir.), *The handbook of stress and health* (p. 349-364). <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Boudreau, A. (2019). L'identité assignée : du lieu et ses manifestations discursives. *Minorités linguistiques et société / Linguistic minorities and society*, (12), 51-66. <https://doi.org/10.7202/1066521ar>
- Broudic, J.-Y. (2008). Le suicide, réalité sociale et réalité psychique. *Le Journal des psychologues*, 262(9), 58-62. <https://doi.org/10.3917/jdp.262.0058>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67(4), 68-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.067.0068>
- Canetto, S. S. (2021). Language, culture, gender, and intersectionalities in suicide theory, research, and prevention: Challenges and changes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1045-1054. <https://doi.org/10.1111/sltb.12758>
- Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>

- Caron Malenfant, É. (2004). Le suicide chez les immigrants au Canada. *Rapport sur la santé*, 15(2), 9-18. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2003002/article/6807-fra.pdf>
- Carroll, H. A., Kvietok, A., Pauschardt, J., Freier, L. F. et Bird, M. (2023). Prevalence of common mental health disorders in forcibly displaced populations versus labor migrants by migration phase: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 321, 279-289. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.010>
- Chenouard, B. (2019). L'ethnopsychiatrie au Québec d'hier à aujourd'hui : méthodologie et enjeux. Dans L. Rachédi et B. Taïbi, *L'intervention interculturelle* (3e éd., p. 168-191). Chenelière éducation.
- Chenouard, B., Smith, C., Luong, T. N., Raphaël, F. et Boyer, A. (2023). La grille transculturelle de la Clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme outil d'évaluation. *Intervention*, (156), 141-154. <https://doi.org/10.7202/1097413ar>
- Cleary, J., Meunier, S., Roberge, C. et Lauzier-Jobin, F. (2023). Les pratiques de soutien social des collègues et des proches qui favorisent le fonctionnement des travailleurs vivant avec des symptômes anxieux ou dépressifs. *Santé mentale au Québec*, 48(1), 147-166. <https://doi.org/10.7202/1106399ar>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-84. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2021, août). *Document de réflexion sur la notion de « racisme systémique »*. <https://www.cdpedj.qc.ca/fr/publications/document-reflexion-racisme-systemique>
- Courcy, I. (2023). *Synthèse des connaissances sur la notion renouvelée de charge mentale : constats et invisibilités sur la santé et le bien-être des femmes* [Rapport de recherche]. Fonds de recherche du Québec, secteur Société et culture. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2023/12/rapport_isabellecourcy_.2023.pdf
- Cousteaux, A.-S. et Shon, J.-L. P. K. (2008). Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie*, 49(1), 53-92. <https://doi.org/10.3917/rfs.491.0053>
- Danieli, Y.(dir.). (1998). Introduction: history and conceptual foundations. Dans *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. Springer Science & Business Media.
- De Carlos, P. (2015). *Le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la préhistoire et de Cro-magnon chez les élèves de cycle 3* [Thèse de doctorat, Université de Cergy-Pontoise]. Thèse.fr. <https://theses.fr/2015CERG0750>
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S. et Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de psychologie*, 515(5), 471-479. <https://doi.org/10.3917/bupsy.515.0471>
- Duchesne, S., Chu, A. et Chinchilla, F. A. (2024). *Prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées ou en demande d'asile au Québec*. *Revue de la littérature et consultations des acteurs terrain*. Institut universitaire SHERPA, CERDA, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. [76](https://sherpa-</p>
</div>
<div data-bbox=)

recherche.com/wp-content/uploads/2024/10/Prevention-suicide-communautes-ethnoculturelles-minoritaires-racisees-refugiees-demande-asile-Quebec.pdf

- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide. Étude de sociologie* (vol. 1). Presses Universitaires de France.
<http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.due.sui2>
- Eggenberger, L., Spangenberg, L., Genuchi, M. C. et Walther, A. (2024). Men's suicidal thoughts and behaviors and conformity to masculine norms: A person-centered, latent profile approach. *Heliyon*, 10(20), e39094. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e39094>
- Eskin, M. (2018). Suicide and culture. *BAU Journal. Health and Wellbeing*, 1(1).
<https://doi.org/10.54729/2789-8288.1014>
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S. et Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 813-823. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0254-7>
- Gagné, M. et St-Laurent, D. (2008). Évolution du suicide au Québec. *Frontières*, 21(1), 44-52.
<https://doi.org/10.7202/037873ar>
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.
<https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>
- Gaudet, S. et Robert, D. (2018). Choisir une approche pour guider ses décisions méthodologiques. Dans *L'aventure de la recherche qualitative* (p. 41-80). University of Ottawa Press.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv19x4dr.9>
- Griffin, L., Hosking, W., Gill, P. R., Shearson, K., Ivey, G. et Sharples, J. (2022). The gender paradox: Understanding the role of masculinity in suicidal ideation. *American Journal of Men's Health*, 16(5). <https://doi.org/10.1177/15579883221123853>
- Guilbert, L. (2005). L'expérience migratoire et le sentiment d'appartenance. *Ethnologies*, 27(1), 5-32.
<https://doi.org/10.7202/014020ar>
- Guillemette, F., Luckerhoff, J., Plouffe, M.-J. et Fall, O. T. (2021). La recherche qualitative : une analyse du vécu humain. Clarification conceptuelle à partir de nos recherches avec des personnes marginalisées. *Enjeux et société*, 8(1), 10-35. <https://doi.org/10.7202/1076534ar>
- Gupta, S., Fischer, J., Roy, S. et Bhattacharyya, A. (2024). Emotional regulation and suicidal ideation. Mediating roles of perceived social support and avoidant coping. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1377355. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1377355>
- Haince, M.-C. (2014). La domestication de l'Autre ou la fabrication de l'« immigrant parfait ». *Diversité urbaine*, 14(1), 95-116. <https://doi.org/10.7202/1027816ar>
- Hjelmeland, H. (2013). Suicide Research and Prevention: The Importance of Culture in "Biological Times". Dans E. Colucci et D. Lester (dir.), *Suicide and culture: understanding the context*. (p.3-24). Hogrefe Publishing.
- Howarth, E. J., O'Connor, D. B., Panagioti, M., Hodkinson, A., Wilding, S. et Johnson, J. (2020). Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A

- systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 731-742.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.171>
- Ionita, A. et Courtet, P. (2010). Peut-on définir les conduites suicidaires ? Dans *Suicides et tentatives de suicide* (p. 22-26). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0022>
- Isobel, S., Goodyear, M., Furness, T. et Foster, K. (2019). Preventing intergenerational trauma transmission: A critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1100-1113.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14735>
- Jolivet, V. (2007). La notion de trajectoire en géographie, une clé pour analyser les mobilités ? *EchoGéo*, (2). <https://doi.org/10.4000/echogeo.1704>
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Shaffer, D. et Gould, M. S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00019>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. et Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 959-967.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Lalancette, M. et Luckerhoff, J. (2023). *Initiation au travail intellectuel et à la recherche. Pratique réflexive de recherche scientifique*. Presses de l'Université du Québec.
<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=fee3aa8e-d4a5-321a-9fd5-c5a00c747f29>
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lecomte, Y., Jama, S. et Legault, G. (2006). Présentation : l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 7-27. <https://doi.org/10.7202/014800ar>
- Lester, D. (2008). Suicide and culture. *World cultural psychiatry Research Review*, 3(2), 51-68.
https://www.researchgate.net/publication/284958285_Suicide_and_culture
- Lévesque, P. et Perron, P.-A. (2025). *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2025*. Institut national de santé publique du Québec. <https://shorturl.at/bfVyN>
- Magnan, M.-O. (2023). La voix des étudiantes et étudiants noirs au sujet des rapports sociaux de race à l'université au Québec. *Relais*. (1). <https://oresquebec.ca/relais/la-voix-des-etudiantes-et-etudiants-noirs-au-sujet-des-rapports-sociaux-de-race-a-luniversite-au-quebec/>
- Marion, C. (2012). Approche ethnopsychiatrique. Dans S. Schauder (dir.) *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques* (p. 161-253). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.schau.2012.01.0161>.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 11(3), Article 8.
<https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>

- Mereus, W. (2006). *La représentation sociale du suicide chez les adolescents de différentes communautés ethnoculturelles* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/9729>
- Michaud, L., Brovelli, S. et Bourquin, C. (2021). Le paradoxe du genre dans le suicide : des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes. *Revue Médicale Suisse*, 17(7442), 1265-1267. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2021.17.7442.1265>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026. Rallumer l'espoir*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
- Mishara, B. L. (2018). La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide. Dans J. Laforest, P. Maurice, et L. M. Bouchard (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé* (p. 315-335). Institut national de santé publique du Québec.
- Moro, M. R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71-98. <https://doi.org/10.7202/502071ar>
- Nicoară, R., Nicoară, A.-M., Cosman, D. et Coman, H. (2023). Cognitive: Behavioural coping strategies as predictor of suicide risk severity. *Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 14(3), 1-20. <https://doi.org/10.18662/brain/14.3/458>
- Ninacs, W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec* [Thèse de doctorat, Université Laval]. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/34494366_Types_et_processus_d'empowerment_dans_les_initiatives_de_developpement_economique_communautaire_au_Quebec
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. et Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Ong, E. et Thompson, C. (2019). The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological Reports*, 122(4), 1192-1210. <https://doi.org/10.1177/0033294118781855>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. <https://iris.who.int/handle/10665/131801>
- Ourhou, A. (2020). *L'accès aux soins de santé mentale à Montréal : la perception des familles immigrantes* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9387>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin. <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr>.
- Paillet, M. (2018). *Charge mentale : des solutions collectives pour faire baisser la pression*. La ligue des familles. <https://liguedesfamilles.be/storage/21894/DEF2018-12-11-Charge-mentale---analyse.pdf>

- Pyke, K. D. (2010). What is internalized racial oppression and why don't we study it? Acknowledging racism's hidden injuries. *Sociological Perspectives*, 53(4), 551-572. <https://doi.org/10.1525/sop.2010.53.4.551>
- Rachédi, L. (2009). Trajectoires migratoires et stratégies identitaires d'écrivains maghrébins immigrants au Québec : l'écriture comme espace d'insertion et de citoyenneté pour les immigrants. *Recherches qualitatives*, 28(2), 145-170. <https://doi.org/10.7202/1085276ar>
- Rachédi, L. et Vatz Laaroussi, M. (2021). Revisiter les processus migratoires à la lumière des réalités familiales et des contextes sociopolitiques contemporains. Dans M. Potvin, M.-O. Magnan, J. Larochelle-Audet et J.-L. Ratel (dir.), *La diversité ethnoculturelle, religieuse et linguistique en éducation. Théorie et pratique*. (2e éd., p.90-103). Fides éducation.
- Rateau, P. et Lo Monaco, G. (2013). La théorie des représentations sociales : orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *Revista CES Psicología*, 6(1), 1-21. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419002.pdf>
- Roy, P. (2012). La sociologie du genre : une contribution originale à la compréhension du suicide chez les hommes. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 45-55. <https://doi.org/10.7202/1014944ar>
- Roy, P. et Des Rivières-Pigeon, C. (2011). « Je n'ai pas de honte à avoir besoin d'aide » : la négociation des normes masculines chez les hommes suicidaires. *Intervention*, (135), 50-60. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_135_5._je_nai_pas_de_honte.pdf
- Sangalang, C. C. et Vang, C. (2017). Intergenerational trauma in refugee families: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 745-754. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0499-7>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. et Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? Dans F. Guillemette et C. Baribeau (dir.), *Recherches qualitatives, Actes du colloque Recherche qualitative en sciences humaines et sociales : les questions de l'heure* (5), 99-111. Association pour la recherche qualitative. <https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-serie-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/recherche-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales/5114co/>
- St-Pierre, X., Borri-Anadon, C. et Audet, G. (2023). « Les autres ne le voient pas, mais toi, tu le vois » : du climat interculturel au racisme au quotidien dans l'école secondaire québécoise. *Éducation et francophonie*, 51(2). <https://doi.org/10.7202/1109673ar>
- Tousignant, M. (1988). Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature. *Sciences sociales et santé*, 6(1), 77-106. <https://doi.org/10.3406/sosan.1988.1087>
- Tremblay, A. (2007). Suicide, migration et rapports sociaux de sexe. *Recherches sociographiques*, 48(3), 65-96. <https://doi.org/10.7202/018004ar>

- Tshisekedi-Kalanga, M.-R. et Legault, G. (2005). Analyse d'une intervention clinique en fonction des outils élaborés par l'approche ethnopsychiatrique de Devereux et Nathan. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 233-255. <https://doi.org/10.7202/012147ar>
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>
- Van Der Hallen, R., Jongerling, J. et Godor, B. P. (2020). Coping and resilience in adults: A cross-sectional network analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(5), 479-496. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1772969>
- Vatz Laaroussi, M. (2007). La recherche qualitative interculturelle : une recherche engagée ? Dans S. Martineau et M. Salmador Louis (dir.), *Recherches qualitatives*, Actes du colloque *Approches qualitatives et recherche interculturelle : bien comprendre pour mieux intervenir* (4), 2-13. Institut de recherche et de formation interculturelles de Québec et Association pour la recherche qualitative. <https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-serie-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/approches-qualitatives-et-recherche-interculturelle/5119co/>
- Vatz Laaroussi, M. (2009). *Mobilité, réseaux et résilience : le cas des familles immigrantes et réfugiées au Québec*. Presses de l'Université du Québec. <http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks3/upress/2013-05-11/1/9782760524019>
- Vatz Laaroussi, M. (2019). Les dynamiques d'intégration et d'inclusion des personnes et des familles immigrantes et réfugiées : une responsabilité partagée. Dans L. Rachédi et N. Taïbi (dir.), *L'intervention interculturelle* (3^e éd., p. 54-79). Chenelière Éducation.
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021 : global health estimates*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381495/9789240110069-eng.pdf?sequence=1>
- Yang, F.-J., Zhao, L. et Aitken, N. (2022). *Examining variations in immigrants' lower risk of suicide-related behaviours : Insights on Canadian society*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00012-eng.htm>
- Zayani, H. (2021). *Racisme ordinaire dans les institutions scolaires publiques au Québec : Étude sur les expériences des mères d'origine maghrébine avec la communauté éducative de leurs enfants en contexte de loi sur la laïcité de l'État* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus, <http://hdl.handle.net/1866/26225>