

Reflets

Revue d'intervention sociale et communautaire



Expériences de la stigmatisation en lien avec la santé mentale chez des jeunes de trois communautés au Nouveau-Brunswick

Experiences of stigma related to mental illness among youth in three New Brunswick communities

Carole C. Tranchant, Penelopia Iancu, Anik Dubé, Laure Bourdon, Lacey Clair, Danielle Doucet, Anne Dezetter, Sophie Robichaud, Julie Malchow, Aduel Joachin and Ann M. Beaton

La santé mentale des enfants et des jeunes aux frontières de la médicalisation du social

Volume 25, Number 2, Fall 2019

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1067043ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1067043ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Reflets, Revue d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (print)

1712-8498 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tranchant, C. C., Iancu, P., Dubé, A., Bourdon, L., Clair, L., Doucet, D., Dezetter, A., Robichaud, S., Malchow, J., Joachin, A. & Beaton, A. M. (2019). Expériences de la stigmatisation en lien avec la santé mentale chez des jeunes de trois communautés au Nouveau-Brunswick. *Reflets*, 25 (2), 36-64. <https://doi.org/10.7202/1067043ar>

Article abstract

This study aims to understand how youth who receive mental health (MH) services perceive stigma related to mental illness and how this was experienced during their trajectory toward care and recovery. Discussion groups were carried out with 25 youths in three New Brunswick communities (remote Indigenous, rural Francophone and urban Anglophone). Thematic analysis reveals that youth's experiences of stigma reflect various forms of discrediting as well as differential, dehumanising treatment, which lead them to look for stigma-free alternatives that better meet their needs. This shows that youth actively select their options for MH support depending on the stigma they perceive. Results also show important socio-cultural nuances with regards to youth's experiences and to the strategies and factors that enable or mitigate stigma. Their accounts hold valuable lessons for destigmatizing mental illness and the access to youth MH services for different cultural groups.

Expériences de la stigmatisation en lien avec la santé mentale chez des jeunes de trois communautés au Nouveau-Brunswick

Carole C. Tranchant¹

Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales, Université de Moncton, Moncton, NB.

Penelopia Iancu

École de travail social, Université de Moncton, Moncton, NB.

Anik Dubé

École de science infirmière, Université de Moncton, Moncton, NB.

Laure Bourdon

ACCESS Open Minds-Esprits ouverts Nouveau-Brunswick, Université de Moncton, Moncton, NB.

Lacey Clair

ACCESS Open Minds-Esprits ouverts Nouveau-Brunswick, Elsipogtog, NB.

Danielle Doucet

Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes, Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Moncton, NB.

Anne Dezetter

Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes, Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Moncton, NB.

Sophie Robichaud

École de psychologie, Université de Moncton, Moncton, NB.

¹ Auteure correspondante : carole.tranchant@umoncton.ca

Julie Malchow

École de psychologie, Université de Moncton, Moncton, NB.

Aduel Joachim

Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes, Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Moncton, NB.

Ann M. Beaton

École de psychologie, Université de Moncton, Moncton, NB.

Résumé

Cette étude vise à comprendre comment les jeunes recourant à des services en santé mentale (SM) perçoivent la stigmatisation en SM et comment cela a été vécu durant leur parcours de soins et de rétablissement. Des groupes de discussion avec 25 jeunes ont été réalisés dans trois communautés (autochtone dans une région isolée, francophone rurale et anglophone urbaine). L'analyse thématique révèle que leurs expériences de la stigmatisation sont marquées par diverses formes de discrédit et par le traitement différentiel déshumanisant qui les conduit à rechercher des alternatives non stigmatisantes et comblant mieux leurs besoins. Ainsi, ces jeunes orientent activement leurs parcours de soins en SM selon la stigmatisation perçue. D'importantes nuances socioculturelles ont également été identifiées quant aux expériences et stratégies des jeunes et éléments favorisant ou atténuant la stigmatisation. Leurs perspectives sont riches d'enseignements pour déstigmatiser les services de SM pour les jeunes de différents groupes culturels.

Mots clés : santé mentale, stigmatisation sociale et structurelle, jeunes, parcours de soins, résilience, aspects culturels, réalités autochtones, minorité linguistique, espaces sécurisants

Experiences of stigma related to mental illness among youth in three New Brunswick communities

Abstract

This study aims to understand how youth who receive mental health (MH) services perceive stigma related to mental illness and how this was experienced during their trajectory toward care and recovery. Discussion groups were carried out with 25 youths in three New Brunswick communities (remote Indigenous, rural Francophone and urban

Anglophone). Thematic analysis reveals that youth's experiences of stigma reflect various forms of discrediting as well as differential, dehumanising treatment, which lead them to look for stigma-free alternatives that better meet their needs. This shows that youth actively select their options for MH support depending on the stigma they perceive. Results also show important socio-cultural nuances with regards to youth's experiences and to the strategies and factors that enable or mitigate stigma. Their accounts hold valuable lessons for destigmatizing mental illness and the access to youth MH services for different cultural groups.

Keywords: mental health, social and structural stigma, youth, pathways to care, resiliency, cultural aspects, Indigenous realities, linguistic minority, safe spaces

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2018), la santé mentale (SM) est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté, tandis que la maladie mentale est caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement causant une détresse ou une souffrance. Environ 1,2 million d'enfants et de jeunes Canadiennes ou Canadiens éprouvent des problèmes de SM¹, soit 10 à 20 % des adolescentes ou adolescents et 28 % des jeunes adultes de 20 – 29 ans (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2019). Au Nouveau-Brunswick, la proportion de jeunes touchées ou touchés par des problèmes de SM est supérieure à la moyenne canadienne. Par exemple, les taux de diagnostics de trouble mental ou liés à l'utilisation de substances (35,2 % chez les 15 – 24 ans) et d'hospitalisations associées (52,9 % chez les 5 – 24 ans) dépassent la moyenne nationale (30 % et 40,9 %) (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick [CSNB], 2016a). Il existe aussi des différences marquées relatives à la SM des jeunes néo-brunswickoises ou néo-brunswickois selon les sous-groupes francophones, anglophones et autochtones. La proportion de jeunes de 12 à 18 ans ayant déclaré avoir une santé psychologique modérée à élevée est de 85 %, 75 % et 69 %, respectivement (CSNB, 2016b). Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 42,9 % des jeunes néo-brunswickoises ou néo-brunswickois de 15 – 25 ans ont rapporté avoir senti une discrimination à leur sujet à cause d'un problème émotionnel ou de SM, contre 25,7 % en moyenne pour l'ensemble des provinces et 39,9 % chez les jeunes autochtones de 15 – 25 ans vivant hors réserve (Statistique Canada, 2012).

La stigmatisation est un phénomène social complexe, basé sur la discrimination d'un individu ou d'un sous-groupe d'individus par un groupe dominant ou majoritaire (Bichsel et Conus, 2017). Elle peut se définir comme « la réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés, consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants » (Goffman, 1975, p.15). Selon Corrigan et Watson (2002a), la stigmatisation associée à la SM² comporte trois composantes : les stéréotypes (croyances négatives); les préjugés (acceptation de ces croyances et réaction émotionnelle négative, peur ou honte par exemple); la discrimination (comportement découlant des préjugés), celle-ci pouvant inclure le rejet, l'évitement ou le traitement différentiel. La stigmatisation associée à la SM est préoccupante en raison de ses conséquences, parmi lesquelles l'isolement social, le décrochage scolaire, une faible estime de soi ainsi que des comportements suicidaires (Bichsel et Conus, 2017; Rüscher, et collab., 2014). Chez des jeunes à risque de psychose, elle est un prédicteur de suicide (Xu, et collab., 2016). Or, en 2016 au Canada, le suicide était la deuxième cause de décès chez les adolescentes ou adolescents et chez les jeunes adultes, avec des taux alarmants chez les adolescentes ou adolescents autochtones (Norris, 2018).

Les personnes atteintes d'une maladie mentale subissent davantage de stigmatisation que celles atteintes d'autres maladies (Rössler, 2016). De plus, les personnes issues de certains groupes (par exemple, les autochtones, les minorités ethniques ou culturelles, les groupes défavorisés) peuvent subir une stigmatisation multiple, associée non seulement à la SM, mais aussi à leur appartenance à ces groupes, un aspect encore peu étudié (Oexle et Corrigan, 2018). Plusieurs études, dont celles effectuées auprès d'adultes autochtones (Isaacs, et collab., 2010) et de jeunes Canadiennes ou Canadiens d'origine sud-asiatique (Islam, et collab., 2017), suggèrent des différences culturelles importantes concernant la stigmatisation de la SM. Chez les Autochtones, il existe une grande crainte de recevoir un traitement injuste dans le système de santé en raison de leur identité; plusieurs études ont décrit le racisme, les stéréotypes négatifs persistants et le manque de respect culturel à leur égard dans le système de santé (Isaacs, et collab., 2010; Richardson et Stanbrook, 2015). Ces personnes peuvent également souffrir de traumatismes engendrés par la colonisation et son lot de mauvais traitements (Lavalée et Poole, 2010). Le facteur culturel-linguistique a aussi été identifié comme important pour les populations francophones minoritaires au Canada. Celles-ci éprouvent des difficultés à accéder aux services de SM en français et ont une moins bonne perception et satisfaction des services et des traitements médicamenteux en SM (Lévesque, et collab., 2018; Mahmoud, Sers et Tuite, 2016). Or, les recherches sur la stigmatisation en SM et son impact ont surtout été menées auprès d'adultes et d'adultes en émergence. Aucune étude à notre connaissance n'a cherché à comprendre

comment les jeunes, et plus précisément celles et ceux appartenant à différents groupes culturels, vivent la stigmatisation associée à la SM. Pourtant, elle arrive en tête des obstacles limitant l'accès aux soins en SM chez les adolescentes ou adolescents et chez les jeunes adultes de 11-31 ans (Gulliver, Griffiths et Christensen, 2010).

Notre contribution traite de la stigmatisation de la SM selon la perspective des jeunes de 11-25 ans appartenant à différents groupes culturels. C'est une perspective que peu d'études ont envisagée et que nous étudions au Nouveau-Brunswick. Cette recherche vise à comprendre comment les jeunes de trois communautés néo-brunswickoises (francophone rurale, autochtone dans une région isolée et anglophone urbaine) ayant eu recours à des services en SM perçoivent la stigmatisation en SM, et comment cela a été vécu durant leur parcours de soins et de rétablissement.

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel se base sur la théorie de l'étiquetage modifiée (TEM) (Link, et collab., 1989) et le modèle socioécologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979) pour appréhender les expériences des jeunes relatives à la stigmatisation en SM. Les concepts mobilisés sont complémentaires. Ils permettent de saisir le traitement différentiel réservé aux jeunes qui vivent un problème de SM (c.-à-d., TEM), ainsi que les éléments culturels et contextuels du vécu des jeunes, considérés ici comme des personnes en développement (c.-à-d., modèle socioécologique).

La théorie de l'étiquetage originale (Becker, 1985; Goffman, 1975) tente d'expliquer comment le concept de soi et le comportement des personnes sont influencés par les termes utilisés pour décrire ou catégoriser ces dernières. La notion de « stigmaté », concept clé de cette théorie qui désigne des « caractéristiques indésirables ne correspondant pas à l'idée reçue de ce qu'un type de personne doit être » (Goffman, 1975, p. 3) (c.-à-d., un écart à une norme sociale), en fait une théorie privilégiée pour comprendre les processus de stigmatisation (Lacaze, 2008). Toutefois, elle n'a pas été développée spécifiquement dans le champ de la santé et maladie mentale, contrairement à la TEM qui s'intéresse surtout aux sources et conséquences du stigmaté associé à la maladie mentale. La TEM approfondit la notion de stigmaté en distinguant six composantes : étiquetage; stéréotypisation; distance sociale (elles ou eux/nous); perte de statut et discrimination; relations de pouvoir; et émotions (Link et Phelan, 2001; Link, et collab., 2004). Ces auteurs et auteurs définissent l'étiquetage comme un processus social conduisant à apposer une étiquette péjorative à des personnes ou à des groupes en raison de certaines

caractéristiques socialement dévaluées, jugées immorales ou blâmables. Cette étiquette rend la stigmatisation possible et associe son objet à des caractéristiques indésirables qui constituent les stéréotypes. Les personnes ainsi étiquetées sont souvent placées dans des catégories distinctes qui établissent une distance sociale (séparation entre elles et les autres) associée à un statut social inférieur ainsi qu'à des traitements différentiels basés sur l'iniquité. Le pouvoir joue un rôle déterminant puisqu'il permet aux autres composantes du stigmaté de se développer ou non (Link et Phelan, 2001).

Le modèle socioécologique tient compte du contexte social, structurel, culturel et historique dans lequel se construit et se vit la stigmatisation associée à la SM, et dans lequel se développent les stratégies de gestion de cette stigmatisation. Ce modèle considère le jeune dans son milieu de vie en tenant compte des interactions sociales qui l'influencent. Il aide à saisir les différences culturelles entourant la santé et les traditions de soins (Massé, 1995) et favorise la compréhension des différents types de stigmatisation associés à la SM, soit la stigmatisation sociale ou publique (aussi appelée « stigmatisation »), l'autostigmatisation et la stigmatisation structurelle (Corrigan, 2004; Corrigan, et collab., 2004). La stigmatisation structurelle résulte de structures sociales et institutionnelles qui privent d'opportunités certaines personnes ou certains groupes; elle se développe sur de longues périodes souvent associées à des événements historiques particuliers (Corrigan, 2004). Les stratégies de gestion de la stigmatisation par les jeunes, dont celles pouvant favoriser leur résilience, seront appréhendées à l'aide du modèle situationnel de Corrigan et Watson (2002b)³ et du modèle du Child and Youth Resilience Measure (CYRM) (Liebengerg, Ungar et LeBlanc, 2013) qui inclut des dimensions culturelles et relationnelles⁴.

Contexte de l'étude

La présente étude a été réalisée dans le cadre du projet ACCESS Open Minds-Esprits ouverts au Nouveau-Brunswick (ACCESS-NB). ACCESS est un modèle pancanadien visant à transformer la façon dont les services de SM traditionnels sont offerts aux jeunes de 11-25 ans et implanté depuis 2016 dans plusieurs provinces et territoires. Quelles que soient la nature et la gravité du problème de SM, le modèle ACCESS préconise l'accès à des espaces protégés permettant de recevoir des soins rapidement, tôt, et fondés sur une culture adaptée aux jeunes. Ce modèle reconnaît la place des jeunes et de la famille dans la programmation et assure la continuité des soins après l'âge de 18 ans. ACCESS mise sur les ressources et forces locales, tels les services et programmes en place, les intervenantes

ou intervenants locaux et les autres actrices ou acteurs de SM (Malla, et collab., 2019). Au Nouveau-Brunswick, ACCESS comprend trois sites : francophone en région rurale, autochtone Mi'kmaq situé dans une région isolée et anglophone en région urbaine. Ils reflètent la diversité rurale et urbaine, linguistique et culturelle qui caractérise la province, laquelle compte 68% d'anglophones, 32% de francophones en situation minoritaire et 4% d'Autochtones, principalement des Premières Nations Mi'kmaq et Wolastoqiyik (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2019; Statistique Canada, 2018).

Méthodologie

Une méthodologie qualitative reposant sur l'analyse des données obtenues lors de groupes de discussion avec des jeunes ayant eu recours à des services en SM a été utilisée. Cette méthode est bien indiquée pour explorer un vécu, décrire une expérience, ainsi que documenter les perceptions et la signification que les individus attribuent à une situation donnée (Creswell et Poth, 2018). L'aspect qualitatif permettra également de jeter un éclairage sur les facteurs et processus contribuant à la stigmatisation en SM ainsi que sur les particularités contextuelles et culturelles.

Participant·es et participants

Les participant·es et participants sont des jeunes qui ont été recrutées ou recrutés dans trois communautés partenaires d'ACCESS-NB, soit un site francophone en région rurale, un site autochtone dans une région isolée et un site anglophone en région urbaine, selon une technique d'échantillonnage non probabiliste. Pour répondre aux critères de sélection, les participant·es ou participants devaient avoir entre 11 et 25 ans (ou plus puisqu'ACCESS accepte tous les jeunes exprimant le besoin) et avoir utilisé les services d'ACCESS ou avoir une expérience de problèmes de SM ayant nécessité le recours à des services. En tout, 25 jeunes de 11 à 29 ans ($M = 19,2 \pm 3,8$ ans) ont participé à l'étude, 13 femmes, 11 hommes et une personne ne s'identifiant à un aucun genre (Tableau 1).

Méthodes et outils de collecte des données

Les groupes de discussion, en français ou en anglais selon le site, sont la principale méthode de collecte des données utilisée dans cette étude. Ils ont été organisés dans le cadre d'une étude plus large sur l'accès aux services de SM (Dubé, et collab., 2019). Un guide de discussion commun a été validé auprès de deux jeunes n'ayant pas participé à

Tableau 1 — Profil démographique des jeunes (N=25) ayant participé aux groupes de discussion

Site francophone dans une région rurale	Site anglophone dans une région urbaine	Site autochtone dans une région isolée
<p>Groupe 1 5 jeunes (1 f, 4 h)¹ Âge : 14-17 ans, M = 16 ± 1,2</p>		<p>Groupe 1 3 jeunes (3 f) Âge : 11-24 ans, M = 17,3 ± 6,5</p>
<p>Groupe 2 8 jeunes (4 f, 4 h) Âge : 18-22 ans, M = 19,6 ± 1,4</p>	<p>Groupe 1 7 jeunes (3 f, 3 h, 1 a) Âge : 17-25 ans, M = 20,1 ± 3,4</p>	<p>Groupe 2 2 jeunes (2 f) Âge : 23-29 ans, M = 26 ± 4,2</p>

¹ Genre autodéclaré des participantes et participants : f, femme; h, homme; a, aucun genre.

M : moyenne d'âge ± écart-type.

l'étude, en tenant compte des réalités de chaque site. Les termes « SM » et « problèmes de SM » y étaient brièvement définis, en termes simples, avec des exemples qui ont été présentés aux participantes et participants au début de la discussion. Diverses dimensions ont ensuite été abordées, dont les défis et les facilitateurs des services de SM, les aspects culturels et la stigmatisation associée à la SM qui s'intéressaient notamment à la façon dont cette dernière est perçue dans leur communauté. Pour faciliter la discussion, les groupes ont été organisés selon l'âge (14 – 17 ans et 18 – 22 ans [site francophone]; 11 – 24 ans et 23 – 29 ans [site autochtone]) (Tableau 1). Dans le site anglophone, un seul groupe a été organisé (17 – 25 ans), selon l'âge des jeunes utilisant les services d'ACCESS à cet endroit. Les groupes ont été animés par une chercheuse bilingue expérimentée, accompagnée de deux assistantes, chargées respectivement de la prise de notes, pour préparer les verbatims, et de la collecte des données non verbales en utilisant une grille d'observation commune à tous les groupes (Martineau, 2005). Dans la communauté autochtone, une adulte membre de la communauté était également présente durant les groupes de discussion, pour assurer un climat culturellement compétent et sécuritaire; puis les données ont été traitées selon les principes PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession des données de recherche) (First Nations Information Governance Centre, 2014). Après chaque groupe de discussion, les verbatims et les notes d'observation (données non verbales) ont été commentés et validés avec deux jeunes de chaque groupe, selon le principe de vérification auprès des participantes et participants (Creswell et Poth, 2018).

Analyse des données et critères de rigueur méthodologique

L'analyse thématique continue a été utilisée pour réduire le corpus de données en identifiant les thèmes et sous-thèmes qui synthétisent les aspects fondamentaux (Paillé et Mucchielli, 2016), en privilégiant le mode d'inscription en marge. L'analyse a été menée par trois chercheuses de façon indépendante (codage parallèle en aveugle), puis validée par l'ensemble des membres de l'équipe de recherche et des informatrices ou informateurs-clés dans chaque site. Cette démarche a permis de vérifier la pertinence et la clarté des thèmes retenus. Les informatrices ou informateurs-clés ont également apporté un éclairage contextuel et culturel crucial pour la justesse des analyses et l'interprétation des résultats. La diversité des perspectives mobilisées durant l'analyse et la démarche rigoureuse suivie à toutes les étapes permettent d'augmenter la validité des résultats, selon les critères de rigueur reconnus (Creswell et Poth, 2018). De plus, cette recherche s'est basée sur la triangulation des sources (groupes de discussion, observations, notes de terrain) et celle des analyses thématiques, des observations et des notes des chercheuses.

Considérations éthiques

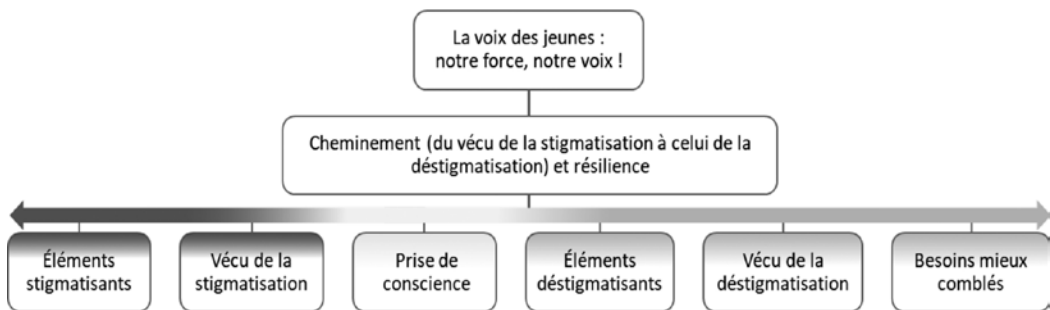
Le projet a reçu l'approbation éthique des instances concernées. Par souci de fidélité, les extraits sont présentés dans la langue utilisée par les répondantes et répondants. Pour les contextualiser, nous utilisons un prénom fictif, indicatif du genre autodéclaré, suivi du site (FR – francophone; AU – autochtone; AN – anglophone) et du groupe de discussion (g1 ou g2, selon la catégorie d'âge [Tableau 1]).

Résultats

Deux thèmes principaux et six sous-thèmes permettent de cerner la perspective des jeunes, leurs perceptions et leurs vécus, par rapport à la stigmatisation en SM (Figure 1). Le premier thème, *la voix des jeunes*, reflète l'énergie particulière qui a émané de tous les jeunes lorsqu'elles ou ils partageaient leur perspective en lien avec la stigmatisation. Relié au précédent, le second thème, celui du *cheminement et de la résilience*, révèle que le vécu des jeunes ne s'arrête pas à la stigmatisation : il s'inscrit dans un continuum d'expériences qui les amène d'abord à faire l'expérience de la stigmatisation associée à la SM, puis à se tourner vers des personnes, des endroits ou des stratégies qu'elles ou ils perçoivent comme étant moins stigmatisants ou destigmatisants. Ce cheminement permet d'entrevoir diverses facettes de la résilience des jeunes, une résilience révélée et façonnée en partie par l'expérience de la stigmatisation. Six sous-thèmes reflètent ce cheminement :

les éléments stigmatisants; le vécu de la stigmatisation; la prise de conscience; les éléments déstigmatisants; le vécu de la déstigmatisation; et les besoins mieux comblés. Ces thèmes et sous-thèmes sont communs aux cinq groupes de discussion au sens où ils reflètent l'expérience des participantes et des participants dans chaque site, quelle que soit la catégorie d'âge. Pour certains thèmes et sous-thèmes, l'analyse a permis de cerner des nuances socioculturelles.

Figure 1 — Thèmes et sous-thèmes de la perception et du vécu par les jeunes de la stigmatisation en santé mentale (la flèche bidirectionnelle indique que le cheminement est un continuum d'expériences associées à chacun des sous-thèmes)



La voix des jeunes : notre force, notre voix!

Ce premier thème découle d'une observation centrale effectuée durant l'étude : les jeunes ont parlé avec force de la stigmatisation en SM. Quand ce sujet a été abordé, un changement de dynamique et d'énergie a été observé dans tous les groupes de discussion, et ce, de cinq façons :

1. les jeunes répondaient plus rapidement;
2. la discussion s'est animée, les jeunes répondaient toutes et tous en même temps et la tonalité des voix augmentait, chacune ou chacun voulant faire valoir sa perspective;
3. les émotions étaient plus vives (frustration, colère, empathie);
4. les discussions devenaient animées, dont le partage d'anecdotes parfois personnelles;
5. un sentiment de solidarité apparaissait entre les jeunes.

Même les plus réservées ou réservés sur certaines questions ont commencé à y porter une attention particulière, se sentant particulièrement interpellées ou interpellés.

Avec les jeunes autochtones, un changement a également été observé sur le plan du contact visuel qu'elles ont commencé à établir avec l'animatrice en parlant de la stigmatisation. Ainsi, Katria (AU-g2) a commencé à la regarder dans les yeux en évoquant la peur que lui inspiraient les thérapeutes en SM. De plus, ces jeunes étaient énergisées lorsqu'elles ont discuté de l'influence bénéfique de certaines pratiques culturelles (ex. : cérémonies de purification [*smudging*]) pour aider à faire face à une détresse psychologique et de leur rôle déstigmatisant.

Selon les observations, la majorité des participantes et participants semblaient en avoir lourd sur le cœur et long à dire sur la stigmatisation associée à la SM. Leurs témoignages font état non seulement d'expériences et d'éléments perçus comme stigmatisants, mais aussi d'expériences et d'éléments atténuant la stigmatisation ou qui les aident à gérer la stigmatisation et que nous qualifions de « déstigmatisants ». Ainsi, elles ou ils se cantonnent pas à la seule logique de stigmatisation. La force et l'énergie émanant de leurs propos signalent qu'elles ou ils ne subissent pas la stigmatisation sans agir ou réagir, ce dont rend compte le thème suivant.

Le cheminement (du vécu de la stigmatisation vers celui de la déstigmatisation) et la résilience

Ce thème englobe les principales caractéristiques du vécu des jeunes en lien avec la stigmatisation en SM, vécus qui s'inscrivent entre deux pôles contrastés, stigmatisation et déstigmatisation, représentés sous forme d'un continuum (sous-thèmes 1–6). Il révèle que le vécu des participantes et participants est associé à la fois à la perception d'éléments stigmatisants et à l'expérience de la stigmatisation (sous-thèmes 1–3), ainsi qu'à celle de la déstigmatisation (sous-thèmes 4–6). Ce vécu contrasté représente bien l'expérience des jeunes. Ce thème révèle également que les jeunes sont à la fois des *agentes passives* ou *agents passifs*, des *observatrices* ou *observateurs*, qui subissent ou font l'expérience d'une stigmatisation (sous-thèmes 1 et 2), et des *agentes actives* ou *agents actifs* qui prennent acte des éléments et expériences perçus comme stigmatisants et constituant des obstacles à la satisfaction de leurs besoins (sous-thème 3). Elles ou ils poursuivent leur cheminement vers des alternatives comblant mieux leurs besoins (sous-thèmes 4–6) :

« *I'm working on myself, going to class, it's a better process.* » (Emily–AU–g2)

Ce cheminement met en lumière la résilience des jeunes, plus précisément leur capacité à surmonter la stigmatisation et à trouver des formes de soutien comblant mieux leurs besoins. En effet, leurs témoignages indiquent que l'expérience de la stigmatisation peut les amener à considérer d'autres options, dont celles qu'elles ou ils perçoivent comme étant sécuritaires (déstigmatisantes, car exemptes de jugements négatifs) et qui peuvent contribuer à renforcer leur résilience. Parmi ces éléments sécuritaires, les jeunes ont identifié des personnes et des services qui les appuient dans les moments difficiles et les aident à trouver des solutions à leurs problèmes et à développer leurs habiletés :

« *You have support there* [ACCESS]. » (Jonathan-AN-g1)

Des stratégies qui les aident ont aussi été mentionnées :

« *When my anxiety strikes, I hold my cat.* » (Katria-AU-g2)

« *There is something strangely satisfying about listening to the water... It's soothing.* » (Trish-AN-g1)

Seules les jeunes autochtones ont souligné le rôle bénéfique de certaines traditions culturelles et familiales, un autre ressort de la résilience; nous y reviendrons au sous-thème 4.

Cependant, d'autres stratégies mentionnées par les jeunes sont moins propices à la résilience, notamment en cas d'isolement ou de privation. Une expérience partagée par des jeunes de la communauté urbaine anglophone et de la communauté autochtone :

« *Nothing was working* [traditional health system]. *Nowhere to go... I cry myself to sleep. I play with my knife. I don't have access to people.* » (Leslie-AN-g1)

C'est le cas aussi quand les jeunes s'isolent et se taisent pour éviter la stigmatisation :

« *Moi j'ai appris à suck it up* [mental health issues]. » (Ivan-FR-g1)

Voici les sous-thèmes du cheminement et de la résilience :

1. Les éléments (ou agents) stigmatisants

Ce sous-thème regroupe les éléments (lieux, personnes, approches) que les jeunes perçoivent comme étant stigmatisants. Elles ou ils ont évoqué des lieux, typiquement des bureaux et certains services, dont la fréquentation peut donner lieu à un jugement

stigmatisant associé aux problèmes de SM, en particulier « *the stigma of having an illness treated* » (Leslie–AN–g1). Dans ces endroits, le recours à l'appui en SM est souvent perçu par les jeunes comme une expérience stigmatisante à éviter :

« *Tu vas te faire juger... service à l'école, ne l'utilise pas parce que ça crée un stigma. Tu te fais voir comme une personne fuckée.* » (Jérôme–FR–g1)

Ne pas se sentir à l'aise dans un bureau a aussi été évoqué :

« *Some people are not comfortable. Like me, I went to see a therapist, I wasn't comfortable, it was in an office...* » (Emily–AU–g2)

Plusieurs perçoivent le manque de confidentialité comme un élément stigmatisant, surtout lors du recours à l'appui. Elles et ils ont indiqué que la confidentialité n'est pas toujours possible ou garantie dans les endroits qui offrent des services en SM, à l'école ou ailleurs, parce que beaucoup de gens se connaissent (proximité sociale, surtout dans les petites communautés). Elles et ils ont également mentionné le rôle que les pairs et les médias sociaux peuvent jouer en amplifiant la stigmatisation, laquelle peut donner lieu à de l'intimidation.

Certains lieux (ex. : bureau de psychiatre, hôpital) et personnes sont associés à des approches que les jeunes perçoivent comme stigmatisantes et ne répondant pas à leurs besoins, à savoir le recours exclusif ou jugé excessif à la médication et les approches non personnalisées. Plusieurs participantes et participants pensent que l'utilisation de médicaments prend trop de place dans la prise en soins des problèmes de SM, mais cet avis n'est pas partagé par toutes ou tous :

« *They [psychiatrists] just feed you drugs.* » (Trish–AN–g1)

« *I won't accept medication from a general doctor, but from a psychiatrist.* » (Katria–AU–g2)

Les jeunes de la communauté autochtone ont parlé de la peur associée à l'usage de la médication pour soigner les problèmes de SM parce que le recours à ce type de médication entraîne une stigmatisation importante dans la communauté :

« *A lot of people are scared of medication.* » (Katria–AU–g2).

Les jeunes semblent également percevoir une plus grande stigmatisation à l'égard de certains problèmes de SM :

« *Them saying like “Oh my gosh you’re psychotic!”. Always cracking jokes about it.* » (Trish-AN-g1)

La schizophrénie et la dépendance à l'alcool ont également été mentionnées.

2. Le vécu de la stigmatisation

Ce sous-thème met en lumière les aspects relationnels du vécu de la stigmatisation par les jeunes, par exemple, ce qui a été entendu, l'accueil, les services reçus et la réaction personnelle à la stigmatisation associée à la SM. Le discrédit est une dimension centrale de leur vécu et comprend trois formes selon qu'il porte sur les problèmes de SM, les personnes ou les soins et services.

La première forme, subie par les jeunes, est le discrédit des problèmes de SM qui ne sont pas pris au sérieux, pas bien compris, ou bien banalisés et normalisés :

« *I think some people think it [mental illness] is a joke. I don't talk to my friends [about it] because if I do, they say, “Oh well I have it worse”.* » (Mary-AU-g1)

La deuxième forme de discrédit, également subie, porte sur les personnes vivant avec un problème de SM, souvent vues comme « cherchant de l'attention », comme l'ont indiqué plusieurs jeunes. La troisième forme, qui émane des jeunes, est le discrédit de certains types de soins et de services en SM, notamment ceux axés sur l'utilisation de médicaments, qui semblent inflexibles, peu personnalisés, voire déshumanisants :

« *Tout le monde qu'a entré avec moi disent, “ils te prennent même pas soin, juste des médicaments”* [hôpital-psychiatrie]. » (Julien-FR-g2)

« *Ils te traitent pas comme une personne, comme une chair de viande.* » (Isabelle-FR-g2).

Des jeunes préfèrent éviter complètement ces soins :

« *Not using the failed one-size fits-all system. They [counsellors, some health professionals] are giving you stuff to pretend that you're healing. Mindless empty fluff.* » (Scott-AN-g1)

Un manque de valorisation et de soutien se fait aussi ressentir quand les jeunes sentent que la personne ou les problèmes de SM sont discrédités :

« *Arrange-toi avec tes troubles.* » (Jérôme–FR–g1)

Cette expérience est partagée par d'autres participantes et participants :

« *Mental Health looked at me like “You’re in the system, it’s your fault”. They totally ignore me... No point talking, they think you are lying.* » (Trish–AN–g1)

L'intimidation à l'école est une autre source de discrédit :

« *Font croire que c'est un problème inutile ou pas en tout, nous autres le problème.* » (Karine–FR–g2)

Le vécu de la stigmatisation comporte aussi un aspect relationnel avec soi, lequel est présent dans plusieurs stratégies auxquelles les jeunes ont recours pour surmonter le problème, entre autres, se taire ou s'isoler :

« *It's not a situation we like to talk about.* » (Mary–AU–g1)

Plusieurs jeunes ont souligné l'importance du *self-help* (réflexion intérieure) :

« *We figured out how to help ourselves cope. I am alone a lot of time. I do a lot of research and read a lot, I love to read. If I can't contact anybody and I'm stuck at home, I can't cry but I'm feeling emotional, so I just read.* » (Katria–AU–g2)

Les jeunes autochtones ont souligné l'importance de ce travail sur soi dans leur cheminement, avant de pouvoir s'ouvrir à d'autres personnes le cas échéant.

3. Prise de conscience

La perception et le vécu de la stigmatisation par les jeunes sont des étapes cruciales dans un processus plus large d'activation. Les jeunes y font des observations qui les amènent à prendre conscience de leurs besoins non comblés :

« *I don't trust you [therapist] but I'm going to turn to you.* » (Katria–AU–g2)

« *I got so FED UP with the [traditional health] system that I called 911 and told them I was attempting suicide. It took that for them to start doing something.* » (Leslie–AN–g1)

Cette prise de conscience les conduit à se tourner activement vers des alternatives considérées comme moins stigmatisantes et répondant mieux à leurs besoins. Les besoins fréquemment évoqués incluent : être écouté, compris, pris au sérieux, traité comme une personne à part entière, accepté, soutenu, valorisé :

« *They [health professionals] need to actually believe people when they talk.* »
(Leslie-AN-g1)

D'autres ont souligné le besoin de pouvoir faire confiance et le besoin d'espaces privilégiés sécuritaires (*safe spaces*) facilement accessibles en tout temps :

« *J'aimerais qu'on ferait un groupe qu'on peut parler entre nous, ouvertement pis en confiance. Pas sortir et avoir peur que quelqu'un mentionne ce qu'on a dit.* »
(Julie-FR-g2)

Le besoin d'éducation relative à la SM et aux problèmes de SM a aussi été mentionné :

« *When I was in my early twenties, I didn't know much about mental health but I was going through a lot. I didn't know what to do. Because [relative] was diagnosed with [mental illness]. I felt uneducated about it.* » (Anne-AU-g1)

4. Les éléments (ou agents) déstigmatisants

Ce sous-thème réunit les éléments (lieux, personnes, approches) que les jeunes perçoivent comme déstigmatisants ou qui les aident à gérer la stigmatisation, et qui sont aussi en grande partie des éléments répondant mieux aux besoins qu'elles ou ils expriment. Ces éléments partagent plusieurs caractéristiques. Tous sont perçus comme sûrs (*safe*), n'exposant pas à des conséquences négatives :

« *It's a very safe environment [ACCESS].* » (Jonathan-AN-g1)

« *They won't rat you out.* » (Alex-AN-g1)

De plus, ils sont faciles d'accès en tout temps et proposent des approches flexibles ainsi qu'une aide personnalisée offertes dans des lieux dans lesquels les jeunes se sentent à l'aise et peuvent se livrer à des activités rejoignant leurs intérêts et leurs besoins :

« *D. [intervenante en SM] à l'école, tu parles avec elle quand t'en as besoin, elle te met à l'aise sur le coup.* » (Jérôme-FR-g1)

« *It's cozy [ACCESS], it doesn't feel like an office.* » (Katria–AU–g2)

La confidentialité s'avère aussi un élément déstigmatisant important :

« *J'voudrais pas que tout le monde qu'est assis autour d'une table connaissent mes problèmes.* » (Jérôme–FR–g1)

Certaines stratégies utilisées pour faire face à des problèmes de SM, par exemple se taire ou s'isoler (section 2) ou se définir soi-même en réaction à certaines perceptions ou certains préjugés, pour se revaloriser ou se réappropriier son identité (par exemple, « *We're not alcoholics.* » [Rick–AN–g1]), semblent aussi jouer un rôle déstigmatisant.

Les jeunes autochtones ont en outre souligné le rôle déstigmatisant de plusieurs pratiques culturelles, notamment le *smudging*, les tambours et les *pow-wows* :

« *You get some kind of comfort in it [smudging], it's such a familiar smell. It's purifying, it protects you.* » (Emily–AU–g2)

« *You are so stressed and you hear the drums, you're relieved.* » (Jennifer–AU–g1)

Ces pratiques sont aussi une source d'entraide :

« *We all help each other out at pow-wows.* » (Mary–AU–g1)

Cette influence bénéfique des traditions culturelles n'a pas été mentionnée explicitement par les jeunes des autres régions.

5. Le vécu de la déstigmatisation

Les aspects relationnels du vécu de la déstigmatisation par les jeunes, incluant les gestes posés par autrui et la réaction personnelle de la jeune ou du jeune, comportent plusieurs dimensions, essentiellement, ne pas se sentir jugé et se sentir écouté, accepté, soutenu, respecté et en confiance :

« *Tu t'fais pas juger parce que tout le monde sait qu'est-ce que tu vis. Y'a du respect pis, quand tu t'es fait maltraiter, tu veux pas maltraiter les autres.* » (Jérôme–FR–g1)

« *I trust them [ACCESS]. I feel like they won't do anything harmful to me.* » (Jennifer–AU–g1)

Se sentir en sécurité et ne pas à craindre l'intimidation ni d'être signalé aux autorités contre son gré :

« I feel comfortable because it's an environment free of any intimidation that I see in the outside world and online. » (Scott-AN-g1)

Plusieurs jeunes ont aussi dit se sentir valorisées ou valorisés en aidant d'autres jeunes ou en contribuant autrement à leur communauté :

« I felt worthy of something [after finding a job]. I felt needed because I'm a [job title]. » (Anne-AU-g1)

« I can talk to my friends [at ACCESS]. If they're having problems I can be there for them. » (Jonathan-AN-g1)

6. Des besoins mieux comblés

Les jeunes considèrent que dans un contexte déstigmatisant leurs besoins sont mieux comblés :

« Quand j'en avais besoin. N'importe quand, t'as juste à entrer [programme d'inclusion pour jeunes]. Aucune pression, feulait pas comme si j'étais dans un programme pis j'apprenais. T'es avec tes friends, c'est une famille, ça m'a aidé. » (Ivan-FR-g1)

Les besoins mieux comblés ont souvent une composante relationnelle, par exemple, ne pas se sentir jugé, se sentir écouté, soutenu, respecté, accepté :

« Avec ACCESS j'ai appris que mes émotions c'est correct de les sentir. » (Karine-FR-g2)

« Tu te sens pas jugé, elle [intervenante] t'écoute et te donne des conseils. Pis si t'as besoin d'une psychiatre, elle va faire ça; si t'as besoin d'une job, elle va t'aider. » (Jérôme-FR-g1)

Le besoin de pouvoir compter en tout temps sur une ou des personnes de confiance est également mieux comblé :

« S'il est onze heures le soir pis que j'pleure, elle va répondre. » (Julie-FR-g2)

Le besoin de se sentir utile, valorisé, peut aussi être satisfait en recevant certaines responsabilités, en aidant d'autres jeunes ou en contribuant à la société :

« Avec ACCESS, plus de responsabilités, ça aide à avancer, mais faut qu'on fasse notre part. » (Julie–FR–g2)

Discussion

Cette étude s'appuie sur la perspective de jeunes francophones, autochtones et anglophones pour comprendre comment celles et ceux qui reçoivent des services en SM perçoivent la stigmatisation et comment elles ou ils la vivent durant leur parcours de soins et de rétablissement. L'étude révèle leur très grande conscience de la stigmatisation ainsi qu'un vécu riche d'expériences relatives à ce phénomène.

L'expérience de la stigmatisation par les jeunes : une expérience active

L'analyse thématique a permis de préciser que ces jeunes vivent un continuum d'expériences qui sont associées d'une part à la stigmatisation et d'autre part à la déstigmatisation. Les jeunes orientent leurs parcours de soins en SM en fonction de la stigmatisation qu'elles ou ils perçoivent, pour s'en éloigner, ce qui les conduit à se tourner vers des alternatives non stigmatisantes qui les aident à surmonter la stigmatisation. Cette réaction dynamique et évolutive peut être interprétée à l'aide du modèle situationnel de Corrigan et Watson (2002b) qui rend compte des différentes réactions possibles face à la stigmatisation en SM. Nos résultats suggèrent que les jeunes bénéficiant d'un soutien en SM seraient plus à même de réagir à la stigmatisation par l'action, action qui semble favorisée par la prise de conscience que leurs besoins ne sont pas comblés. Pour cela, l'existence d'un environnement minimalement favorable, en particulier des personnes-clés et des ressources faciles d'accès, paraît primordiale pour les aider à cheminer vers des expériences déstigmatisantes. Dans la présente étude, plusieurs participantes et participants ont mentionné des éléments déstigmatisants (personnes, lieux, approches et activités) auxquels elles ou ils ont eu accès dans leur environnement immédiat durant leur parcours de soins. L'autostigmatisation était peu présente dans leurs témoignages, mais cela ne veut pas dire qu'elle était absente de leur vécu. Ces jeunes se définissaient elles-mêmes ou eux-mêmes avec leurs propres mots surtout, comme pour rejeter l'étiquette stigmatisante, une stratégie qui s'apparente à celle de la campagne #MaDéfinition promue par le Conseil des jeunes d'ACCESS–NB pour lutter contre la stigmatisation en SM (ACCESS–NB, 2017).

Éléments propices à la perception de la stigmatisation par les jeunes

Nos résultats indiquent que les jeunes perçoivent surtout la stigmatisation sociale et structurelle, et ce, à différents niveaux : dans la société en général, dans leur communauté et dans leur environnement immédiat, particulièrement à l'école, dans certains milieux de soins ainsi que dans les médias sociaux. La stigmatisation vécue en milieu scolaire est un obstacle avéré à l'accès aux services de SM (Bowers, et collab., 2013; Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, 2012). Notre étude permet de préciser que le recours à l'appui en SM en milieu scolaire est perçu comme particulièrement stigmatisant par les jeunes parce que l'étiquetage basé sur un diagnostic de SM peut facilement s'y produire et avoir des répercussions négatives tels l'intimidation et le traitement différentiel. Quand des services en SM sont disponibles à l'école, ces derniers et les locaux dans lesquels ils sont situés sont souvent porteurs d'un stigmate et les jeunes qui s'y rendent risquent à leur tour d'être étiquetés. Cet étiquetage est d'autant plus problématique à l'école puisqu'il peut affecter le sentiment d'appartenance des jeunes.

Les jeunes ont souligné que la confidentialité est difficilement possible en raison de la proximité sociale existant dans leur communauté. Leurs préoccupations entourant la confidentialité sont un obstacle au recours à l'appui en SM, comme l'ont montré Gulliver, Griffiths et Christensen (2010). C'est un facteur qui mérite considération lorsque l'on cherche à offrir des services répondant à leurs besoins : les lieux comme les approches doivent être vus comme sécurisants (*safe*) ce qui implique de réduire le plus possible le risque de stigmatisation pour les jeunes. Le manque d'options non stigmatisantes peut les amener à garder le silence, un constat qui rejoint les travaux sur la divulgation ou la non-divulgation des problèmes de SM, selon les risques perçus par la personne (Corrigan et Rao, 2012). En effet, le silence est une dimension intégrale de l'expérience de la stigmatisation par les jeunes qui ont participé à notre étude. Cette stratégie leur permet d'éviter la stigmatisation, mais elle peut aussi les priver d'aide et accentuer leur isolement.

La stigmatisation existe aussi dans le système de la santé (Bichsel et Conus, 2017; Knaak, Mantler et Szeto, 2017), mais peu d'études ont considéré la perspective des jeunes. Dans la présente étude, les jeunes ont surtout mentionné des lieux (hôpital-service de psychiatrie, bureaux) et des approches (approches conventionnelles en SM) dans lesquels elles ou ils ont senti une stigmatisation, perçue quand ces approches leur paraissent non personnalisées, rigides ou déshumanisantes. Les jeunes ont fait allusion au fait que les approches conventionnelles en SM privilégient la médicalisation, la technicalité et la formalité, alors qu'elles-mêmes ou eux-mêmes privilégient la flexibilité, la facilité d'accès ainsi que la dimension relationnelle leur permettant de ressentir de l'appui, de l'écoute et

de la valorisation. Lévesque et collab. (2018) ont relevé l'importance de cette dimension chez les jeunes francophones et anglophones de 18-30 ans. Ces jeunes « ont une vision plus humaine et relationnelle de la santé mentale que leurs aînés » et elles et ils seraient plus susceptibles de « rejeter l'expertise strictement médicale au profit d'une sensibilité accrue aux compétences relationnelles » (p. 136). Dans notre étude, l'importance de l'aspect relationnel a surtout été abordée par les jeunes francophones. Ce résultat peut s'expliquer par leur participation au programme ACCESS. Plus précisément, au moment où l'étude a été menée, ce programme était bien établi dans le site francophone. Les jeunes francophones ont eu l'occasion de témoigner des aspects relationnels non stigmatisants résultant de cette programmation qui prennent appui sur les habiletés relationnelles des intervenantes ou intervenants.

Le déficit relationnel perçu par les jeunes semble contribuer au discrédit qu'elles ou ils accordent à certaines approches de soins en SM, ainsi qu'à leur méfiance et manque de confiance envers le système formel de soins en SM. Cette méfiance et ce manque de confiance étaient surtout présents dans les témoignages des jeunes autochtones et des jeunes anglophones. Or, dans leurs communautés respectives, ACCESS commençait juste à prendre forme. Un suivi auprès de ces participantes et participants permettrait d'examiner si le déficit relationnel perçu s'estompe au fur et à mesure que le programme se déploie.

Soulignons que certains éléments stigmatisants sont spécifiques aux jeunes d'origine autochtone ayant participé à cette étude. La médicalisation est une approche jugée pernicieuse selon ces jeunes. Une forte stigmatisation sociale semble y être associée dans leur communauté, car les médicaments servant aux soins en SM sont perçus comme dangereux (*unsafe*), une approche qui risque d'aggraver leur état de santé. De plus, le recours à la médicalisation en SM est vu comme un signe de faiblesse, la personne faisant preuve d'un manque de capacité de se prendre en main. Soulignons que pour les jeunes autochtones, la stigmatisation de la SM semble résider en partie dans les services qui ne sont pas culturellement adaptés. Comme en ont témoigné quelques participantes autochtones, les services formels de SM suscitent souvent la peur et la méfiance. Et Richardson et Stanbrook (2015, p. 35) le soulignent : « tant les cas présents et que passés de mauvais traitements peuvent porter les patients autochtones à se méfier des actions des fournisseurs de soins de santé ou à les remettre en question. » Pour les jeunes autochtones, une stigmatisation structurelle (Livingston, 2013) associée à l'héritage colonial semble s'ajouter à la stigmatisation sociale en raison d'obstacles et de pratiques institutionnelles qui les privent de soins culturellement acceptables, par exemple certaines pratiques

culturelles que les participantes à cette étude perçoivent comme déstigmatisantes. Des programmations fondées sur les principes de compétence culturelle (Atkinson, 2017; Boksa, Joober et Kirmayer, 2015) et de sécurité culturelle (Blanchet-Garneau et Pépin, 2012) sauraient mieux cultiver la confiance et les aspects relationnels chez ces jeunes.

Les composantes de la stigmatisation identifiées par Link et Phelan (2001) étaient présentes dans l'expérience des jeunes, particulièrement l'étiquetage, les stéréotypes, la distance sociale (altérisation, isolement), la perte de statut et la discrimination (certains traitements perçus comme déshumanisants ou injustes) ainsi que les réactions émotionnelles. Il importe d'y prêter attention afin de déstigmatiser les problèmes de SM et l'accès aux soins par les jeunes dans chaque communauté. De plus, les émotions peuvent constituer une force que les intervenantes ou intervenants peuvent mettre à profit pour aider les jeunes à cheminer et à développer leur résilience (Armstrong, et collab., 2018). Bien que les participantes et participants à cette étude n'aient pas parlé explicitement des relations de pouvoir, il est possible que les soins dissymétriques vécus soient reliés à la méfiance et à la crainte que leur inspirent les approches de soins conventionnelles en SM.

Ces résultats confirment que la stigmatisation demeure un obstacle important à l'accès aux soins en SM chez les jeunes (Clement, et collab., 2015; Gulliver, Griffiths et Christensen, 2010). Ils suggèrent en outre que la stigmatisation peut affecter la qualité des services de SM qui leur sont offerts quand elle compromet le développement d'une relation de confiance sur laquelle se construit l'alliance thérapeutique (Phaneuf, 2016) ou quand elle les prive de soins culturellement acceptables ou adaptés.

Éléments propices à la prise de conscience des jeunes et à leur perception de la déstigmatisation

La prise de conscience mise en évidence dans cette étude semble cruciale dans le cheminement des jeunes — leur permettant de mettre en relation leur expérience de la stigmatisation et leurs besoins (par exemple : se sentir en confiance et en sécurité) et de constater que ceux-ci ne sont pas comblés, ce qui constitue une force importante les incitant à rechercher d'autres possibilités. Cette prise de conscience semble résulter de plusieurs éléments perçus par les jeunes comme étant déstigmatisants, en particulier les personnes et programmations qui les aident à reconnaître leurs besoins et à les valider. L'introspection semble aussi jouer un rôle important. Ainsi, pour plusieurs participantes et participants, garder le silence n'était pas seulement une stratégie permettant d'éviter la stigmatisation, c'était aussi un moyen d'aller chercher en elles ou en eux des ressources pour surmonter la stigmatisation.

Les éléments favorisant la déstigmatisation sont unanimement perçus comme sûrs et sécurisants (*safe*) par les jeunes. Cette caractéristique s'applique à certaines personnes, principalement des intervenantes ou intervenants communautaires et certains proches, amies ou amis, à certains lieux et à certaines approches ou programmations que les jeunes ont identifiés dans leur communauté et sur lesquels elles ou ils peuvent compter en tout temps. Cette sécurité signifie ne pas être victime d'étiquetage, de préjugé ou de discrimination à cause d'un état de SM ou de toute autre caractéristique. Ce sentiment de sécurité repose sur la confiance et la confidentialité, comme en ont témoigné les participantes et participants des trois communautés. On ne saurait trop insister sur ce point puisque le manque de confiance et de confidentialité perçu par les jeunes est un obstacle majeur à leur recours aux services de SM (Gulliver, Griffiths et Christensen, 2010). Les approches qui les valorisent semblent également jouer un rôle déstigmatisant, ce qui rejoint les résultats de Corrigan et Rao (2012) sur le rôle de l'empowerment pour faire face à la stigmatisation.

Dans notre étude, le rôle déstigmatisant de la dimension relationnelle a surtout été abordé par les jeunes francophones. Leur vécu témoignait de la présence de personnes-clés dans leur parcours de soins et de rétablissement, souvent des intervenantes ou intervenants communautaires qui étaient là quand elles ou ils en avaient besoin. La dimension relationnelle semble leur être un facteur important de résilience, ce qui corrobore les données indiquant que les jeunes francophones néo-brunswickoises ou néo-brunswickois ont des scores plus élevés que leurs pairs anglophones et autochtones pour les indicateurs de résilience ayant une composante relationnelle (CSNB, 2016a). Les participantes autochtones ont aussi témoigné du rôle déstigmatisant associé à la dimension relationnelle, mais sous deux formes très différentes : la relation avec soi et les pratiques culturelles. Pour ces jeunes, la déstigmatisation s'opère d'abord en elles et procède d'un travail sur soi qui se bâtit un espace déstigmatisant intériorisé. Puis le cas échéant, elles ont recours à de l'aide en SM auprès d'autres personnes. Ces jeunes ont également souligné le rôle déstigmatisant de certaines pratiques culturelles. Ce constat rappelle que les traditions de soins autochtones sont basées sur une approche multidimensionnelle de la santé (physique, mentale, affective, spirituelle) et mettent l'accent sur les relations entre la personne soignée, la guérisseuse ou le guérisseur, la communauté et l'environnement (Lavalée et Poole, 2010; Richardson et Stanbrook, 2015). Il rejoint celui du CSNB (2016a) indiquant que les traditions culturelles et familiales sont un facteur de résilience important pour les jeunes autochtones.

Ces résultats suggèrent que les programmations contribuant à renforcer la résilience des jeunes sauraient mieux favoriser leur rétablissement et améliorer leur SM. Bien que n'étant pas spécifique à la SM, le concept de résilience permet d'examiner la présence des principaux facteurs de protection associés à une meilleure SM (CSNB, 2016a).

Limites de l'étude

L'expérience de la stigmatisation vécue par des jeunes ayant eu recours à de l'appui en SM ne doit pas être interprétée comme étant celle des jeunes en général. Des distinctions importantes doivent être faites pour chaque jeune et chaque communauté, sachant que celles et ceux qui vivent des problèmes de SM ne bénéficient pas toutes et tous de soins appropriés (CSMC, 2019), ce qui les rend particulièrement vulnérables aux conséquences négatives de la stigmatisation, tel le suicide (Norris, 2018). Aussi, puisque notre étude a été menée auprès de jeunes ayant utilisé les services d'ACCESS, un nouveau modèle d'intervention communautaire en SM, d'autres études seraient requises pour comprendre comment la stigmatisation est vécue par les jeunes utilisant d'autres services et par celles ou ceux qui n'en utilisent pas. De même, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre le vécu de la stigmatisation en SM chez les jeunes hommes autochtones et ceux qui s'identifient à d'autres genres, ainsi que chez les jeunes autochtones de différentes nations dans diverses communautés.

Conclusion

La prise en compte de l'expérience des personnes atteintes de problèmes de SM est au cœur des stratégies de lutte contre la stigmatisation en SM et des pratiques d'intervention axées sur la patiente ou le patient. Or, les jeunes font rarement l'objet d'écoute (Lavik, et collab., 2018). Notre étude auprès de jeunes francophones, autochtones et anglophones montre qu'elles ou ils sont très conscientes ou conscients de la stigmatisation, engagées ou engagés dans leur parcours de soins en SM, et que la stigmatisation qu'elles ou ils perçoivent les amène à rechercher des alternatives qui satisfont mieux leurs besoins. Ce cheminement révèle diverses facettes de la résilience des jeunes, mais ne doit pas faire oublier leur vulnérabilité face à la stigmatisation. En effet, certaines stratégies des jeunes pour éviter la stigmatisation peuvent accroître leur isolement et limiter leurs options de soins. Les particularités socioculturelles identifiées sont cruciales pour comprendre ce qui favorise ou atténue la stigmatisation dans chaque communauté, ainsi que les stratégies

et ressources utilisées par les jeunes. Nous y voyons des leviers d'action pour renforcer la prévention et l'intervention en SM communautaire.

Ces résultats soulignent l'importance d'accorder une attention accrue aux particularités sociales, culturelles et institutionnelles qui entretiennent la stigmatisation ou qui la désactivent dans chaque communauté. Ils renforcent la nécessité d'écouter les jeunes, de leur donner l'occasion de parler de leur vécu et de mettre à leur disposition des services et des espaces sécurisants dans lesquels elles ou ils se sentent en confiance et ne craignent pas la stigmatisation. Cette ouverture semble nécessaire et prometteuse pour identifier et valider les éléments de résilience de chaque jeune et le soutenir dans son parcours de rétablissement en misant sur ses forces. Les autres implications pratiques sont : 1. former les intervenantes ou intervenants pour les préparer à reconnaître les préoccupations des jeunes en lien avec la stigmatisation et à les aider à y faire face; 2. mettre l'accent sur les compétences relationnelles et culturelles des intervenantes ou intervenants afin d'établir une relation de confiance avec chaque jeune; 3. éduquer ces professionnelles et professionnels et le public pour reconnaître et désactiver la stigmatisation à laquelle les jeunes font face dans leur communauté.

Remerciements

Nous remercions les jeunes qui ont participé à l'étude et les partenaires communautaires pour leur collaboration. Cette étude a été réalisée dans le cadre de ACCESS Esprits ouverts, un réseau de recherche en SM de la Stratégie de recherche axée sur le patient, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation Graham Boeckh, la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et Croix Bleue Médavie.

Notes

- ¹ Dans cet article, l'expression « problèmes de SM » est considérée comme synonyme de « maladie mentale ».
- ² L'expression « stigmatisation en SM » est utilisée comme euphémisme pour désigner la stigmatisation associée à la maladie mentale.
- ³ Ce modèle postule trois réactions possibles face à la stigmatisation en SM, selon la situation et le contexte de la personne stigmatisée : 1. perte de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle associée à l'autostigmatisation; 2. réaction vive conduisant la personne à rejeter ou à réagir contre la stigmatisation; 3. relative indifférence.

- ⁴ Le CYRM permet d'apprécier les processus favorisant la résilience des jeunes en tenant compte de la diversité culturelle et contextuelle (par exemple : savoir où aller pour obtenir de l'aide, être capable de régler ses problèmes sans se blesser, être appuyée ou appuyé par ses amis dans les moments difficiles, être bien traitée ou traité dans sa communauté, avoir des occasions de développer des habiletés utiles, et profiter de ses traditions culturelles et familiales).

Bibliographie

- ACCESS OPEN MINDS-ESPRITS OUVERTS NEW BRUNSWICK (2017). *Youth council annual report 2016-2017*, Moncton, 19 p.
- ARMSTRONG, Laura-Lynne, et collab. (2018). « The D.R.E.A.M. program: Developing resilience through emotions, attitudes, and meaning (gifted edition) – A second wave positive psychology approach », *Counselling Psychology Quarterly*, DOI: 10.1080/09515070.2018.1559798
- ATKINSON, Donna (2017). *Considerations for Indigenous child and youth population mental health promotion in Canada*, National Collaborating Centres for Public Health, Canada, 12 p.
- BOKSA, Patricia, Ridha JOOBER et Laurence KIRMAYER (2015). « Mental wellness in Canada's Aboriginal communities: Striving toward reconciliation », *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, Vol. 40, N° 6, p. 363-365.
- BECKER, Howard S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 250 p.
- BICHSEL, Nicole, et Philippe CONUS (2017). « La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples », *Revue Médicale Suisse*, Vol. 13, p. 478-481.
- BLANCHET-GARNEAU, Amélie, et Jacinthe PEPIN (2012). « La sécurité culturelle : une analyse de concept », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 111, N° 4, p. 22-35.
- BOWERS, Hayley, et collab. (2013). « Stigma in school-based mental health: Perceptions of young people and service providers », *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 18, N° 3, p. 165-170.
- BRONFENBRENNER, Urie (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Cambridge, Massachusetts and London, Harvard University Press, 348 p.
- CLEMENT, Sarah, et collab. (2015). « What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies », *Psychological Medicine*, Vol. 45, N° 1, p. 11-27.
- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (2019). *Enfants et jeunes*, réf. du 5 janvier 2019, <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/enfants-et-jeunes>
- CONSEIL DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2016a). *Adresser les facteurs de protection pour améliorer la santé mentale des jeunes*, Moncton, 12 p.
- CONSEIL DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2016b). *Les enfants et les jeunes du N.-B. : du passé vers l'avenir*, Moncton, 52 p.

- CORRIGAN, Patrick (2004). « How stigma interferes with mental health care », *American Psychologist*, Vol. 59, N° 7, p. 614-625.
- CORRIGAN, Patrick, et Amy WATSON (2002a). « Understanding the impact of stigma on people with mental illness », *World Psychiatry*, Vol. 1, N° 1, p. 16-20.
- CORRIGAN, Patrick, et Amy WATSON (2002b). « The paradox of self-stigma and mental illness », *Clinical Psychology*, Vol. 9, N° 1, p. 35-53.
- CORRIGAN, Patrick, et Deepa RAO (2012). « On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosures and strategies for changes », *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 57, N° 8, p. 464-469.
- CORRIGAN, Patrick, et collab. (2004). « Structural levels of mental illness stigma and discrimination », *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, N° 3, p. 481-491.
- CRESWELL, John, et Cheryl POTH (2018). *Qualitative inquiry research design: Choosing among five approaches*, Washington DC, SAGE, 488 p.
- DUBÉ, Anik, et collab. (2019). « Transforming youth mental health care: ACCESS Open Minds New Brunswick in the rural Francophone region of the Acadian Peninsula », *Early Intervention in Psychiatry*, Vol. 13, p. 29-34.
- FÉDÉRATION CANADIENNE DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS (2012). *La stigmatisation associée à la maladie mentale : Un problème dans nos écoles*, Ottawa, réf. du 9 janvier 2019, <https://perspectives.ctf-fce.ca/fr/article/1949>
- FIRST NATIONS INFORMATION GOVERNANCE CENTRE (2014). *Ownership, Control, Access and Possession (OCAP™): The Path to First Nations Information Governance*, Ottawa, 49 p.
- GOFFMAN, Erving (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 176 p.
- GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2019). *Affaires autochtones : Les communautés autochtones*, Fredericton, réf. du 22 octobre 2018, https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/affaires_autochtones/lca.html
- GULLIVER, Amelia, Kathleen GRIFFITHS et Helen CHRISTENSEN (2010). « Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review », *BMC Psychiatry*, Vol. 10, N° 113, p. 1-9.
- ISAACS, Anton, et collab. (2010). « Barriers and facilitators to the utilization of adult mental health services by Australia's Indigenous people: Seeking a way forward », *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 19, N° 2, p. 75-82.
- ISLAM, Farah, et collab. (2017). « Mental health of South Asian youth in Peel Region, Toronto, Canada: A qualitative study of determinants, coping strategies and service access », *BMJ Open*, 7:e018265, p. 1-11.

- KNAAK, Stephanie, Ed MANTLER et Andrew SZETO (2017). « Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions », *Healthcare Management Forum*, Vol. 30, N° 2, p. 111-116.
- LACAZE, Lionel (2008). « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'«analyse stigmatique» revisitée », *Nouvelle Revue de Psychologie*, Vol. 1, N° 5, p. 183-199.
- LAVALLEE, Lynn, et Jennifer POOLE (2010). « Beyond recovery: Colonization, health and healing for Indigenous People in Canada », *International Journal of Mental Health and Addiction*, Vol. 8, N° 2, p. 271-281.
- LAVIK, Kristina, et collab. (2018). « What are “good outcomes” for adolescents in public mental health settings? », *International Journal of Mental Health Systems*, Vol. 12, p. 1-10.
- LÉVESQUE, Maude, et collab. (2018). « L'influence de l'identité linguistique et de l'âge sur la représentation sociale des services de santé mentale chez les personnes dites dépressives », *Minorités linguistiques et société*, N° 9, p. 118-142.
- LIEBENBERG, Linda, Michael UNGAR et John LEBLANC (2013). « The CYRM-12: A brief measure of resilience », *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 104, N° 2, p. e131-e135.
- LINK, Bruce G. (1987). « Understanding labelling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations and rejection », *American Sociological Review*, Vol. 52, N° 1, p. 96-112.
- LINK, Bruce G., et Jo PHELAN (2001). « Conceptualizing stigma », *Annual Review of Sociology*, Vol. 27, p. 363-385.
- LINK, Bruce G., et collab. (2004). « Measuring mental illness stigma », *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, N° 3, p. 511-541.
- LINK, Bruce G., et collab. (1989). « A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment », *American Sociological Review*, Vol. 54, N° 3, p. 400-423.
- LIVINGSTON, James (2013). *Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion*, Mental Health Commission of Canada, Calgary, réf. du 2 novembre 2018, www.mentalhealthcommission.ca
- MAHMOUD, Hossam, Mireille SERS et Jason TUIITE (2016). « Acadian mental health: A review of published literature », *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 61, N° 2, p. 125-126.
- MALLA, Ashok, et collab. (2019). « Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds », *Early Intervention in Psychiatry*, Vol. 13, p. 697-706.
- MARTINEAU, Stéphane (2005). « L'observation en situation ». *Recherches qualitatives*, Hors-série N° 2, p. 5-17.
- MASSÉ, Raymond (1995). *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin, 499 p.

- NORRIS, Sonya (2018). *La santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*, réf. du 2 novembre 2018, Ottawa, https://bdp.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201835E#ftn41
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2018). *La santé mentale : renforcer notre action*, réf. du 2 août 2018, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OEXLE, Nathalie, et Patrick CORRIGAN (2018). « Understanding mental illness stigma toward persons with multiple stigmatized conditions: Implications of intersectionality theory », *Psychiatric Services*, Vol. 69, N° 5, p. 587-589.
- PAILLÉ, Pierre, et Alex MUCCHIELLI (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 432 p.
- PHANEUF, Margot (2016). *La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique*, Montréal, Chenelière Éducation, 296 p.
- RICHARDSON, Lisa, et Matthew STANBROOK (2015). « Caring for Aboriginal patients requires trust and respect, not courtrooms », *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 187, N° 3, p. 162.
- RÖSSLER, Wulf (2016). « The stigma of mental disorders: A millennia — long history of social exclusion and prejudices », *EMBO Reports*, Vol. 17, N° 9, p. 1250-1253.
- RÜSCH, Nicolas, et collab. (2014). « Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? », *British Journal of Psychiatry*, Vol. 205, N° 4, p. 257-259.
- STATISTIQUE CANADA (2018). *Profil du recensement, Recensement 2016*, Ottawa, réf. du 12 octobre 2018, <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/Page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=13&Geo2=&Code2=&Data=Count&SearchText=Nouveau-Brunswick&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=13>
- STATISTIQUE CANADA (2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale*, Ottawa, réf. du 22 mai 2018, http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
- XU, Ziyang, et collab. (2016). « Pathways between stigma and suicidal ideation among people at risk of psychosis », *Schizophrenia Research*, Vol. 172, N° 1-3, p. 184-188.