

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LE RECOURS AUX SERVICES DE PSYCHOLOGIE PAR LES ÉTUDIANTS
INTERNATIONAUX DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES :
ENTRE COMMUNICATION INTERCULTURELLE ET IMAGINAIRES DE LA
SANTÉ MENTALE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN LETTRES (CONCENTRATION COMMUNICATION SOCIALE)

PAR
GHISLAINE PATRICIA NGOUBEYO MISSE

MARS 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Table des matières

Remerciements.....	v
Résumé.....	vii
Abstract.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre I : La santé mentale des étudiants internationaux au Canada, une problématique actuelle	6
Enjeux psychosociaux et recours aux services de psychologie	8
Les déterminants de la santé mentale des ÉI.....	8
État des lieux sur la santé mentale des ÉI	15
Imaginaires et utilisation des services.....	19
Problématique	27
Pertinence sociale.....	30
Pertinence scientifique	30
Chapitre II : La santé mentale au cœur de l'expérience interculturelle : imaginaires, interventions et dynamiques de pouvoir	32
Les imaginaires de la santé mentale dans la rencontre interculturelle	35
Imaginaires et stigmatisation	38
Les services de psychologie.....	43
L'intervention interculturelle, un processus communicationnel	45
L'alliance relationnelle dans l'intervention interculturelle	51
Les principes de l'alliance relationnelle.....	52
Fanon et le traumatisme colonial dans l'expérience migratoire : de l'imposition culturelle à la méfiance	54
Le <i>care</i> comme projet de justice sociale et de sécurisation culturelle	56
Chapitre III : Méthodologie	59
Étude de cas.....	61
Les stratégies inclusives de l'UQTR.....	62
Le service de psychologie de l'UQTR.....	65

Échantillonnage.....	67
Outils de collecte de données	69
L'observation.....	69
L'entretien	71
Réflexivité et posture du chercheur.....	73
Analyse des données	74
Chapitre IV : Résultats	76
Résultats des ÉI.....	77
Motivations	80
Premières impressions.....	81
Les définitions de la santé mentale	81
Résultats des professionnels.....	83
Motif de consultation	83
L'alliance relationnelle.....	84
Cadre de références	87
Résultats communs aux deux groupes	88
Les défis biopsychosociaux.....	88
Les imaginaires de la santé mentale et du recours aux soins	93
Les obstacles du recours au service de psychologie	98
Stratégies informelles et gestion des facteurs de vulnérabilité	102
Expérience de consultation et facteurs de favorisation.....	103
Propositions.....	105
Chapitre V : Discussion	108
La vulnérabilité des ÉI au prisme de l'approche biopsychosociale	109
Les imaginaires de la santé mentale à l'intersection d'une pluralité d'identités.....	110
La construction des imaginaires.....	110
Des imaginaires controversés.....	112
Le recours aux services de psychologie : une démarche stigmatisée.....	114
Initiatives institutionnelles	117

La brigade Re-pairs	118
Mozaic	119
L'alliance relationnelle dans les interventions interculturelles à l'UQTR	120
Une alliance fragilisée par la précarité migratoire	120
L'alliance dans les interventions non thérapeutiques	122
Mise en place de l'alliance dans l'intervention ethnothérapeutique à l'UQTR	123
Limites de la recherche	127
Recommandations	129
Conclusion	131
Bibliographie	135
Annexes	152

Remerciements

Mon intérêt pour la communication a pris racine bien avant ce travail, dans une salle de cours de l'Université de Douala. Je me souviens encore de la fascination éprouvée en découvrant la notion de coconstruction du sens chez Charaudeau. Je n'imaginais pas alors que cette idée deviendrait un repère majeur dans ma formation ni qu'elle éclairerait, plus tard, ma compréhension des interactions humaines et de la manière dont les individus donnent du sens à leur vécu. Ce mémoire s'inscrit dans cette continuité : celle d'un cheminement intellectuel et profondément humain rendu possible grâce au soutien de plusieurs personnes.

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice, Farrah Bérubé. Merci d'avoir cru en moi et en mon projet dès notre première rencontre, alors que j'avais encore du mal à en définir les contours. Merci de m'avoir accompagnée avec rigueur et bienveillance tout au long du processus.

Je souhaite également remercier Olivier Pulvar et Catherine Montgomery, pour leurs observations et pour l'attention portée à l'évaluation de ce travail.

Je remercie aussi les enseignant.es du département de communication. En particulier Emmanuelle Caccamo, dont la bienveillance et les encouragements m'ont permis de me surpasser.

À mes parents, je souhaite exprimer tout mon amour et ma reconnaissance. Merci de m'avoir offert l'opportunité de vivre l'expérience étudiante internationale. Vos sacrifices, votre amour, votre confiance et votre soutien inébranlable sont les piliers de mon parcours.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers mes frères et sœurs, mes amis et mes collègues. Merci d'avoir écouté mes réflexions interminables, mes analyses improvisées et mes moments de remise en question. Votre soutien m'a portée plus que vous ne pouvez l'imaginer.

À toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette recherche, je souhaite exprimer ma reconnaissance. Merci d'avoir partagé vos expériences avec sincérité.

Merci à toutes les personnes qui ont rendu ce travail possible.

Résumé

Ce mémoire examine le recours aux services de psychologie par les étudiants internationaux (ÉI) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), en particulier ceux issus de contextes non occidentaux. Bien que la littérature démontre leur grande vulnérabilité, les ÉI rapportent majoritairement une perception positive de leur santé mentale. Cette contradiction apparente révèle des différences de perception, les imaginaires qui y sont associés, ainsi que leur rôle dans la production de la stigmatisation et de tabous. Cette recherche mobilise une méthodologie qualitative et interprétative à démarche abductive et s'appuie sur quinze entretiens semi-dirigés : dix réalisés avec des ÉI et cinq avec des professionnels œuvrant en relation d'aide à l'UQTR. Les résultats illustrent plusieurs éléments significatifs, notamment les facteurs de vulnérabilité, la compréhension de la santé mentale et la manière dont les participants la perçoivent, l'expriment et la vivent, ainsi que les imaginaires qui l'entourent dans leurs contextes socioculturels d'origine. Même lorsque leurs imaginaires se rapprochent de certaines conceptions occidentales, la demande d'aide demeure limitée, freinée par une stigmatisation persistante et par une honte souvent associée à une baisse de foi ou de résilience.

Du côté des professionnels, la sous-utilisation des services par les ÉI est corrélée à une adaptation insuffisante des dispositifs d'intervention psychosociale à la diversité culturelle. Pourtant, deux participantes ont consulté malgré l'absence de services culturellement adaptés. Cela montre que l'adaptation culturelle des services, telle que

proposée par le PGI-EI (2025) ou par certains intervenants et ÉI, ne constitue pas une solution universelle. En effet, l'enjeu de cette recherche n'est pas culturel, mais bien communicationnel. Ce constat souligne que la culture en soi ne détermine pas l'efficacité de la relation d'aide, mais c'est la capacité du professionnel et de l'institution à instaurer un espace sécurisant, transparent et bienveillant.

Pour répondre à ces enjeux, ce mémoire propose l'alliance relationnelle comme cadre communicationnel central. Cette approche s'inspire du contrat de communication de Charaudeau (1993), de l'alliance thérapeutique au sens de Brennstuhl et Marteau-Chasserieu (2021), ainsi que de l'approche interculturelle (Cohen-Emerique, 2015). Elle repose sur deux piliers : la reconnaissance des identités, qui inclut la décentration et la prise en compte des trajectoires personnelles, des imaginaires et des processus de symbolisation ; et la négociation par la coconstruction du sens, ce qui permet d'articuler les différents cadres de références sans les essentialiser. Cette alliance relationnelle constitue une médiation entre les logiques individuelles et institutionnelles, favorisant ainsi une compréhension partagée de la détresse et du soin.

Mots clés : Services de psychologie, étudiants internationaux, communication interculturelle, santé mentale, imaginaires, stigmatisation de la santé mentale, alliance relationnelle.

Abstract

This thesis examines the use of psychological services by international students (IS) at the Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), with a focus on those from non-Western contexts. In the literature, the high vulnerability of IS has been highlighted, even though most report a positive perception of their mental health. This contradiction underscores differences in mental health perceptions, particularly the imaginaries associated with it, as well as their role in creating stigma and taboos. Using a qualitative and interpretative methodology based on an abductive approach, we conducted 15 semi-structured interviews with 10 IS and five professionals providing support services at UQTR. The findings revealed significant data, including factors contributing to high vulnerability, the understanding of mental health in how participants perceive, express, and experience it, and the imaginaries surrounding it within their sociocultural contexts of origin. Although their imaginaries tend to align with Western perceptions, they remain reluctant to seek help, as help-seeking is strongly stigmatized and often associated with shame or perceived as a sign of weakened faith or resilience.

From the professionals' perspective, the underutilization of services by IS is more closely linked to the lack of cultural adaptation of these services. However, two participants accessed psychological services without requiring culturally adapted interventions. Consequently, cultural adaptation of services, as proposed by PGI-EI (2025), specialists, and even some IS, does not constitute a universal solution for all IS. In fact, the core issue of this research is not cultural but communicational. This highlights

that culture alone does not determine the effectiveness of the helping relationship; rather, it is the ability of professionals and institutions to create a safe, transparent, and caring space.

To address these challenges, the thesis proposes relational alliance as a central communicational framework. This approach draws on Charaudeau's (1993) communication contract, Brennstuhl and Marteau-Chasserieau's (2021) concept of therapeutic alliance, and Cohen-Emerique's (2015) intercultural approach. It is based on two pillars: recognition of identities, which includes decentering and considering personal trajectories, imaginaries, and processes of symbolization; and negotiation through co-construction of meaning, enabling articulation of different frames of reference without essentializing them. This relational alliance acts as a mediation between individual and institutional logics, fostering a shared understanding of distress and care.

Keywords: Psychological services, international students, intercultural communication, mental health, imaginaries, mental health stigma, relational alliance.

Introduction

Un étudiant international porte le poids du monde. Tu portes le poids de ta famille, celui de ta région. Tu portes le poids de ton université d'origine. Tu portes le poids de tout le monde. Et tout le monde te dit : « On compte sur toi. » Sabie Paris, étudiante (Wildinette, 2019)¹.

Au Canada, la santé mentale constitue une préoccupation sociale majeure, comme en témoignent les campagnes de prévention, de promotion et de sensibilisation menées à l'échelle nationale. À cela s'ajoutent des organisations spécialisées dans la recherche, ainsi que divers dispositifs d'aide, tels que les lignes d'écoute, les consultations, les formations et les ateliers offerts dans les institutions. Parmi ces initiatives, la station Santé mentale étudiante (SME²) propose des ressources thématiques et éducatives, un annuaire des services offerts dans les établissements postsecondaires et des campagnes de sensibilisation aux enjeux de santé mentale destinées aux étudiants et au personnel enseignant. Ces actions s'inscrivent dans la continuité d'initiatives plus vastes, comme le Plan d'action pour la santé mentale des étudiants (PASME, 2021) et le Cadre de référence (2022) du ministère de l'Enseignement supérieur du Québec, ainsi que l'outil de synthèse élaboré par la Direction régionale de santé publique de Montréal (2024).

¹ Témoignage d'une étudiante internationale dans un article de Radio-Canada abordant le tabou autour de la maladie mentale chez les étudiants internationaux.

² <https://stationsme.ca/> consulté le 14 juillet 2025.

Ces derniers mettent en lumière les différents facteurs qui influencent la santé mentale des étudiants et suggèrent des pistes d'action.

Bien que ces mesures soient alignées avec les besoins de la communauté étudiante, elles ne tiennent pas suffisamment compte des réalités vécues par les étudiants internationaux (ÉI). L'actualité récente le rappelle justement : le suicide d'un étudiant burundais à l'UQAC, au début du mois de juillet 2025, a mis en évidence la détresse psychologique ressentie par les ÉI (Samii-Esfahani, 2025). Cette situation avait précédemment été abordée dans de nombreux articles de presse, notamment de *La Presse* et de Radio-Canada, qui traitaient des difficultés particulières de cette population, des besoins de services adaptés et des différences culturelles dans la demande d'aide et la prise en charge (Beaudry et Forcier-Martin, 2024 ; Taylor, 2024). Ces enjeux s'inscrivent dans un contexte où les besoins en santé mentale sont étroitement liés à l'origine culturelle et à l'appartenance à une communauté racisée (Commission de la santé mentale du Canada, 2019 ; Coulombe *et al.*, 2010). Un reportage du *Téléjournal* Manitoba illustre bien ce phénomène en dépeignant les imaginaires de la santé mentale chez des communautés afrodescendantes et leurs perceptions des services de soutien en santé mentale (Radio-Canada, 2025).

La diversité des imaginaires en santé mentale est comparable à la diversité culturelle qui enrichit les cégeps et universités canadiennes. En effet, le Canada comptait 997 820 ÉI à l'automne 2024, soit 4 % de moins qu'en 2023, selon le Bureau canadien de l'Éducation internationale (BCEI). La plupart de ces étudiants proviennent de milieux

culturels non occidentaux, tels que l'Inde, la Chine, le Nigeria et les Philippines (BCEI, 2024). Cette réalité soulève des questions sur l'intervention interculturelle, car elle permet l'émergence de visions du monde et de la santé mentale différentes de celles qui prédominent au Canada. En effet, chaque société possède sa propre conception du normal et du pathologique (Dasen, 1993), c'est donc une invitation à repenser les pratiques offertes à la diversité en s'éloignant des logiques ethnocentrismes.

Dans le cadre de ce travail de recherche de deuxième cycle en communication sociale, nous avons décidé de mettre en lumière les imaginaires pluriels, soit les croyances, les représentations, les mythes, les récits qui participent à la compréhension de la santé mentale dans les milieux sociaux, politiques, culturels et économiques où celle-ci n'est pas ouvertement abordée. En présentant la santé mentale comme une construction sociale et identitaire, nous soulignerons la manière dont ces ÉI perçoivent, négocient et réinventent leur relation avec la santé mentale dans la société canadienne. La mobilisation de l'alliance relationnelle comme cadre théorique transforme la communication interculturelle en un processus de symbolisation où se croisent différentes visions du monde, de la santé et du bien-être. L'objectif est de coconstruire du sens pour des interventions fondées sur le *care* et le respect des différences.

Notre travail se divise en cinq chapitres. Le premier présente une synthèse de la littérature sur l'internationalisation des études et sur les difficultés de santé mentale rencontrées par les ÉI dans les universités canadiennes. Le deuxième chapitre s'attache à concrétiser les concepts clés de notre étude, tels que les imaginaires, la santé mentale et le

service de psychologie. Il propose l'alliance relationnelle comme cadre théorique pour analyser la communication interculturelle à la lumière des dynamiques de domination institutionnelle. Le troisième chapitre détaille notre méthodologie de recherche ainsi que le déroulement de notre terrain, en combinant observation, entretiens et analyse de données. Le quatrième chapitre expose les résultats tirés des entrevues menées auprès d'ÉI et de membres du personnel universitaire. Le dernier chapitre examine et analyse ces résultats, tout en soulignant les limites de notre étude, et propose des recommandations dans le but d'améliorer les pratiques institutionnelles.

Chapitre I : La santé mentale des étudiants internationaux au Canada, une problématique actuelle

L'accroissement des mouvements migratoires transforme profondément le paysage de l'enseignement supérieur canadien depuis plusieurs années. D'après l'Association of Universities and Colleges of Canada (AUCC, 2014), plus de 80 % des établissements d'enseignement supérieur considéraient l'internationalisation comme une priorité en 2014. Cette tendance se manifeste par la création de partenariats avec des universités étrangères, la mise en place de programmes internationaux et surtout par l'augmentation du nombre d'ÉI. L'objectif est de promouvoir une ouverture sur la scène internationale, d'encourager les échanges interculturels et scientifiques tout en répondant à des préoccupations économiques globales, telles que les besoins de financement, la formation d'une main-d'œuvre qualifiée, le renforcement de l'économie locale et la croissance démographique de la population régionale (AUCC, 2014 ; Bérubé *et al.*, 2021 ; CAPRES, 2023 ; Frozzini, 2020 ; Tremblay, 2018).

Par conséquent, les ÉI occupent une place centrale dans les politiques d'internationalisation et leur présence transforme les campus en espaces cosmopolites. Toutefois, cette image accueillante coexiste avec des réalités plus complexes, telles que les défis d'adaptation, les mécanismes d'exclusion, les interventions interculturelles et les compétences connexes. Ce chapitre présente une vue d'ensemble des études portant sur les difficultés liées à la santé mentale des ÉI au Canada. Il met l'accent sur les facteurs de risque, les obstacles au recours aux services de psychologie, les recommandations pour

l'amélioration des stratégies d'accueil ainsi que la création d'interventions culturellement adaptées dans le domaine de la santé mentale.

Enjeux psychosociaux et recours aux services de psychologie

Les déterminants de la santé mentale des ÉI

La santé mentale des ÉI s'inscrit dans des initiatives situées au carrefour des programmes de santé publique, des politiques d'accueil et d'intervention auprès de la diversité culturelle et des stratégies gouvernementales axées sur la santé mentale étudiante. Selon le ministère de l'Enseignement supérieur, dans le cadre de référence sur la santé mentale étudiante (2022), la communauté étudiante fait face à divers défis tout au long de son cheminement. En premier lieu, la transition vers l'âge adulte, qui se traduit par l'acquisition d'autonomie et la conciliation études-travail-vie personnelle. En second lieu, les facteurs identitaires et psychologiques, notamment l'anxiété de performance exacerbée par la compétition dans les programmes d'études, l'estime de soi, la capacité d'adaptation et de résilience, la présence de problèmes de santé physique ou de troubles addictifs. Enfin, les facteurs sociaux, tels que la solitude, la pression familiale, la précarité financière, la discrimination et les violences à caractère sexuel, peuvent affecter la santé mentale et le succès universitaire des étudiants (ministère de l'Enseignement supérieur, 2022). Le PASME (2021) souligne les défis rencontrés par les communautés étudiantes ayant des besoins particuliers, notamment les ÉI, en raison des enjeux inhérents au statut

d'étudiant, des défis liés au statut migratoire ainsi que des difficultés d'adaptation sociale et scolaire (PASME, 2021).

Le choc culturel

Le choc culturel est le principal facteur de fragilisation de la santé mentale des ÉI. Ce concept introduit en 1958 par l'anthropologue Kalervo Oberg lors d'une conférence à Rio de Janeiro. Il décrit l'état de confusion mentale et émotionnelle ressenti par un individu face à une culture différente. En effet, c'est un malaise qui touche ceux qui sont déracinés de leur pays d'origine et qui s'accélère en raison de l'angoisse provoquée par la disparition soudaine de tous les repères sociaux et symboles familiers qui y sont associés (Oberg, cité dans Cupsa, 2024). Parallèlement, Cohen-Émerique (2015) présente le choc culturel comme une expérience profondément subjective liée au dépaysement, à la frustration, à la colère, mais aussi à de l'émerveillement. Il s'agit donc d'un phénomène complexe, à la fois perturbateur et potentiellement enrichissant, qui exige l'élaboration de mécanismes d'adaptation. En ce sens, Cupsa (2024), appuyé par les travaux de Pedersen, décrit les différentes étapes du choc culturel. La première étape, appelée « phase de lune de miel », peut survenir avant ou après la migration. Elle se caractérise par l'euphorie et les stéréotypes positifs à l'égard de la culture locale, comme le montre ce témoignage : « [...] le Canada, c'est un pays que j'ai reconnu à travers des documentaires [...] je pensais que je n'allais pas trouver un endroit dans le monde aussi parfait et aussi beau que le Canada pour venir et pour y vivre. » (Extrait d'entrevue individuelle.) (Gallais *et al.*, 2020,

p. 15). Ensuite vient la phase de désintégration, où le mal du pays et la perte de repères s'installent face à une culture perçue comme trop différente : « C-10 : [...] c'est extrêmement important pour moi, Africain, chez nous, la première des choses, d'abord, c'est la salutation (Extrait de groupe de discussion). » (Bérubé *et al.*, 2021, p. 98). La troisième étape, qui est la réintégration, se caractérise par le rejet de la culture d'accueil, souvent associé à de la frustration et de la colère « ça m'a coupé de mes habitudes. Ce n'était pas mon confort de chez moi. Ça m'a fait vraiment un choc » (Gallais *et al.*, 2020, p. 16). Puis, vient l'étape de l'autonomie et de l'ouverture à la culture hôte ainsi que le développement de mécanismes d'adaptation. Finalement, cela mène à une interdépendance ou à une intégration à cette nouvelle culture dans une identité personnelle élargie, donnant ainsi lieu à une identité multiculturelle. En d'autres termes, le choc culturel n'est pas un sentiment passager de dépaysement, mais un processus permanent d'ajustement identitaire (Cupsa, 2024).

Le plan global d'intervention visant l'accueil, l'intégration, le soutien et la réussite de la population étudiante internationale (PGI-EI, 2025) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) avait pour objectif de recenser les défis actuels et potentiels de cette population. Ce plan a mis en évidence les difficultés universitaires rencontrées. En outre, la transition s'avère difficile sur le plan scolaire parce que les ÉI tentent de s'adapter rapidement à un nouveau système éducatif. Ils doivent notamment se familiariser avec la grille de cheminement et le choix des cours, comprendre les méthodes d'évaluation et les attentes des enseignants, utiliser des outils numériques, comme le portail étudiant ou les plateformes de messagerie pour la communication institutionnelle,

des enseignements pratiques et axés sur l'interaction ainsi que des procédés méthodologiques différents aux cycles supérieurs. Lorsqu'ils ne sont pas assimilés, ces éléments affaiblissent la santé mentale de certains ÉI et mènent à des échecs scolaires durant la première session ou la première année, ce qui influence également l'obtention de certaines bourses d'études (Bérubé *et al.*, 2021 ; PGI-EI, 2025).

Le choc culturel affecte également la vie sociale et les relations interpersonnelles, puisqu'il confronte à des normes, des valeurs et des langues différentes. Une étude menée par l'Association internationale étudiante de l'Université de Sherbrooke met en évidence la grande diversité culturelle et linguistique des ÉI. Parmi les 425 ÉI participant à cette étude, ceux qui maîtrisaient mal le français rencontraient de sérieux obstacles à leur adaptation. Pour les autres, l'accent québécois constituait une première barrière à leur intégration (Ferdaoussi et Besrour, 2022). D'autres facteurs, tels que le mal du pays, les différences culturelles concernant l'alimentation, l'hiver rigoureux québécois, jouent un rôle important dans le processus d'adaptation des ÉI ainsi que dans leurs relations avec la communauté locale.

Les relations interculturelles

Dans les zones urbaines, qui abritent environ 87,7 % des ÉI au Canada (BCEI, 2022), la diversité culturelle accrue favorise les interactions et la coexistence de perspectives variées. Grâce à cette dynamique, les ÉI ont l'occasion de se lier d'amitié avec des personnes issues de milieux différents, incluant des Canadiens. Cela contraste

avec les zones rurales, où la diversité culturelle moins présente amplifie le repli en fonction des origines culturelles ou linguistiques, ce qui peut limiter leur participation sociale (Bérubé *et al.*, 2021 ; BCEI, 2022 ; Ferdaoussi et Besrour, 2022 ; Frozzini, 2020).

Les résultats des recherches de Girard et Bérubé (2020) sur les perceptions de la présence des ÉI chez les acteurs locaux présentent un point de vue mitigé. Quelques étudiants locaux se disent curieux, ouverts à l'altérité, et découvrent le monde et d'autres cultures sous l'effet de leur contact avec les ÉI. D'autres, au contraire, font preuve d'insensibilité, et sont porteurs de préjugés envers les différences culturelles. Ils imputent les difficultés d'intégration à des causes individuelles plutôt qu'à des facteurs systémiques. De plus, l'étude met en évidence l'ambiguïté des relations entre les ÉI et les étudiants locaux, qui varient entre une collaboration perçue comme superficielle et des conflits lors des travaux en équipe, compte tenu des différences dans la compréhension des attentes universitaires (Girard et Bérubé, 2020).

Dans le même sens, la recherche menée par Gélinas-Proulx et ses collègues (2020) à l'Université du Québec en Outaouais révèle que les interactions des ÉI varient selon les types d'acteurs locaux. Bien que les relations avec les étudiants locaux soient complexes en classe, les associations étudiantes offrent un espace de collaboration propice au dialogue interculturel. En outre, les relations avec le personnel enseignant et administratif sont perçues comme étant respectueuses et équitables, ce qui démontre l'influence de ces interactions institutionnelles sur la création d'un climat inclusif. La plupart des ÉI apprécient la proximité avec les professeurs et leur accessibilité, se sentent valorisés

pendant les cours et constatent un écart considérable par rapport à la relation professeur-étudiant dans leur pays d'origine (Gélinas-Proulx *et al.*, 2020). Toutefois, certains étudiants déclarent avoir ressenti un sentiment d'isolement en raison du favoritisme accordé par les enseignants aux étudiants locaux (Gallais *et al.*, 2020). À l'extérieur de l'université, les ÉI rencontrent plus de défis pour tisser des liens sociaux. Certains sont confrontés à la solitude causée par la perte de leur réseau social initial et aux difficultés qu'ils éprouvent pour en créer un nouveau, compte tenu de leurs relations complexes avec la communauté locale, ce qui amplifie le sentiment d'isolement, d'exclusion et renforce la séparation entre les groupes (Bérubé *et al.*, 2021 ; BCEI, 2022 ; Ferdaoussi et Besrour, 2022 ; Frozzini, 2020).

Les mécanismes d'exclusion

Selon Berthelot-Raffard (2022), les politiques d'inclusion et de diversité affichées dans les universités canadiennes masquent l'existence du racisme structurel académique. Ce système social, juridique, pédagogique et épistémique, hérité du colonialisme et imprégné d'eurocentrisme, façonne l'expérience, le bien-être, les perspectives de formation et d'avancement des personnes racialisées. Ce système se traduit notamment par la valorisation implicite des étudiants blancs, l'invisibilisation des étudiants noirs, leur sous-représentation dans les filières prestigieuses, telles que la médecine et le droit (Berthelot-Raffard, 2022). De plus, il met en évidence la présence de préjugés, de

stéréotypes et de microagressions liés à la conviction d'une supériorité intellectuelle des étudiants blancs, comme le montre ce passage :

Je dois le dire, les ÉI, de façon presque systématique, sont faibles. Là je parle bien sûr des étudiants d'Afrique. Les étudiants français ou européens s'en tirent relativement bien, même s'ils n'ont pas toujours les mêmes codes (une enseignante de l'UQAM, citée dans Bourassa-Dansereau, 2020, p. 80).

D'après les données du Bureau canadien de l'éducation internationale (BCEI, 2022) dans son sondage de 2021, les étudiants noirs et asiatiques déclarent plus fréquemment avoir subi de la discrimination ou du harcèlement que leurs pairs blancs. La recherche menée par Ferdaoussi et Besrour (2022) confirme ces résultats : sur 425 répondants, un étudiant international sur quatre a affirmé avoir vécu une situation de discrimination au Québec. Cette discrimination est surtout raciale, parfois religieuse ou ethnique. Elle est alimentée par des préjugés associés au statut migratoire des ÉI (CAPRES, 2023 ; Ferdaoussi et Besrour, 2022 ; PGI-EI, 2025).

Dans leur article qui explore les relations entre l'exclusion et le traumatisme racial, Nepton et ses collègues (2025) ont sondé 403 étudiants racisés, dont 56 % sont nés à l'extérieur du Canada. Les résultats suggèrent une corrélation entre la discrimination raciale et le traumatisme qui conduit à des problèmes de santé mentale. Effectivement, la discrimination raciale est un facteur de stress et d'exclusion qui entraîne des inégalités sociales, affectant ainsi la santé mentale des victimes, comme le souligne la Commission de la santé mentale du Canada (2019).

Les difficultés financières

Les problèmes financiers sont documentés comme des facteurs de stress majeurs chez les ÉI. En effet, certains sous-estiment le coût des frais de scolarité, d'autres sont arrivés avec l'espoir d'obtenir des bourses d'exemption qu'ils n'ont pas reçues. Pour certains ÉI, des événements imprévus, tels que le décès ou l'incapacité du garant financier à remplir ses obligations, ont considérablement affecté leur cheminement scolaire. Ils se sont retrouvés dans l'impossibilité de s'inscrire pour les sessions suivantes en raison de dettes accumulées. Cela a prolongé la durée de leurs études et influé sur leur statut migratoire. En outre, la mauvaise gestion des finances et les difficultés liées à la recherche d'un emploi peuvent engendrer une insécurité alimentaire et affecter considérablement le bien-être des étudiants (Bérubé *et al.*, 2021 ; PGI-EI, 2025). En somme, le choc culturel, les relations interculturelles, la solitude, la précarité financière et l'exposition aux différentes formes de discriminations sont des facteurs de risque chez les ÉI (Bérubé *et al.*, 2021 ; CAPRES, 2019 ; Ferdaoussi et Besrour, 2022 ; Frozzini, 2020 ; PGI-EI, 2025).

État des lieux sur la santé mentale des ÉI

En contexte interculturel, la santé des personnes issues de la migration internationale est évaluée à partir de l'effet de l'immigrant en bonne santé. Cet effet, décrit par McDonald et Kennedy (2004), stipule que les immigrants récents, à l'exception des réfugiés et des demandeurs d'asile, semblent en meilleure santé globale que les Canadiens

de souche, mais cet avantage tend à disparaître avec le temps. Le rapport de Recherche en santé mentale Canada (2023) précise que 67 % des nouveaux arrivants résidant sur le territoire depuis cinq ans et moins, âgés de 18 à 34 ans, courent un risque élevé de développer des problèmes graves de santé mentale. Par extension, les ÉI semblent concernés par cet effet, qui s'appuie sur l'auto-sélection positive et le système de points d'appréciation mis en place par le gouvernement canadien. En réalité, cet avantage réel ou perçu repose sur l'hypothèse que les individus qui se lancent dans une expérience migratoire se perçoivent en bonne santé globale, résilients, et possédant un capital humain supérieur, comme le démontrent les points d'appréciation (Coulombe *et al.*, 2010 ; Elshahat *et al.*, 2022 ; Gouvernement du Canada, 2019). Par ailleurs, plusieurs facteurs contribuent à la détérioration de la santé mentale des personnes issues de la migration, notamment l'exposition aux facteurs de stress, les contraintes financières, la discrimination, les difficultés d'accès aux services, le manque de services culturellement adaptés, les barrières linguistiques et l'appartenance à une communauté racialisée (Commission de la santé mentale du Canada, 2025 ; Elshahat *et al.*, 2022 ; Institut de la statistique du Québec, 2015).

Bien que la plupart des recherches documentent la grande vulnérabilité des ÉI, les statistiques divergent. Selon le sondage mené en 2021 par le Bureau canadien de l'éducation internationale (BCEI, 2022) auprès de plus de 40 000 ÉI, 30,5 % des ÉI en milieu urbain, soit 88,59 % de l'échantillon total, déclarent des niveaux de bien-être élevés

et une confiance en leurs capacités à gérer leurs problèmes personnels. En effet, l'expérience vécue par les ÉI est sensiblement différente dans les régions à faible densité ethnoculturelle. C'est précisément ce que mettent en évidence Gallais et ses collègues (2020) dans leur étude sur les défis psychosociaux rencontrés par les ÉI dans les régions du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. En effet, 38,5 % des 244 personnes sondées se sentaient dépassées par les situations stressantes qu'elles vivaient, sans savoir comment y faire face, tandis que 23,4 % des 188 répondants à l'échelle de dépression présentaient des signes et des symptômes dépressifs au-dessus du seuil de normalité. Enfin, 14 % des participants ont répondu positivement à la question sur le risque suicidaire. Cela s'accompagne de niveaux préoccupants d'anxiété, de stress perçu et de difficultés de concentration qui nuisent à leur réussite scolaire (Gallais *et al.*, 2020).

En revanche, l'étude de Baghoori (2021) sur un échantillon de 338 ÉI de l'Université d'Alberta révèle que 76 % d'entre eux considéraient leur santé mentale comme optimale, soit le niveau le plus élevé entre un bien-être mental épanouissant et l'absence de maladie mentale, selon le modèle de Keyes (2002). Ces données sont étayées par l'étude comparative menée auprès de 932 participants, soit 722 étudiants locaux et 210 ÉI de l'Université francophone Saint-Boniface et de la Brandon University au Manitoba. Selon les résultats, environ 62 % des ÉI se disaient en bonne santé mentale, tandis que 14 % affirmaient être en mauvaise santé mentale. En ce qui concerne les étudiants locaux, 26 % se disaient en excellente santé mentale, alors qu'environ 40 % déclaraient un mauvais état de santé mentale. De plus, 7 % des ÉI déclaraient avoir eu de

sérieuses pensées suicidaires, comparativement à 16 % des étudiants locaux (De Moissac *et al.*, 2020). En effet, les ÉI percevaient leur santé physique et mentale plus favorablement que les étudiants locaux. Ils présentaient moins de signes de dépression et d'anxiété et semblaient plus satisfaits de leur vie, en plus d'une meilleure estime d'eux-mêmes que leurs pairs locaux. Cependant, ils éprouvaient plus de difficultés à développer des mécanismes d'adaptation ou des stratégies efficaces de prise en charge de leur santé psychologique et ils étaient moins enclins à demander de l'aide que les étudiants locaux (De Moissac *et al.*, 2020).

Malgré ces perceptions positives, les chercheurs mentionnent que les résultats sont fortement influencés par l'échantillon utilisé. Dans les études (De Moissac *et al.*, 2020 ; Gallais *et al.*, 2020), la majorité des participants étaient originaires d'Afrique et la plupart étaient des hommes. Pour l'étude de Baghoori (2021), les participants venaient majoritairement d'Iran, d'Inde et de Chine. Ce phénomène soulève plusieurs questions quant aux différences culturelles dans la perception de la santé mentale, ainsi qu'à la stigmatisation de celle-ci. Les chercheurs précisent que ces perceptions positives peuvent être trompeuses, car elles semblent dissimuler des biais d'auto-évaluations souvent liées aux conceptions socioculturelles de la souffrance ou du bien-être. De plus, la pratique religieuse peut également influencer la compréhension de la santé mentale. Ces éléments montrent que les perceptions rapportées peuvent ne pas correspondre à l'absence de détresse, mais plutôt à une compréhension différente de ce qu'est la santé mentale et ainsi influencer la légitimité du recours aux soins (Baghoori, 2021 ; BCEI, 2022 ; De Moissac *et al.*, 2020 ; Gallais *et al.*, 2020).

Imaginaires et utilisation des services

D'après le Guide des relations interculturelles en santé mentale de Coulombe et ses collègues (2010), les conceptions de la santé mentale sont étroitement liées aux valeurs, aux normes sociales et culturelles, ainsi qu'aux questions entourant le sacré et la religion. Ces conceptions influencent la manière d'identifier, de manifester, de percevoir la détresse, les professionnels d'aide et les traitements proposés. Bolduc (2016) partage cet avis, mettant en évidence que les conceptions de la santé mentale représentent un héritage symbolique, façonné par des croyances, des visions du monde et des expériences partagées, puisqu'elles influencent la manière dont les individus catégorisent leurs états de bien-être ou de mal-être. Ainsi, un même symptôme peut être interprété de différentes manières selon le contexte culturel, ce qui rend plus difficile l'évaluation et la reconnaissance des problèmes de santé mentale (Bolduc, 2016).

Selon les résultats de l'étude menée par Ourhou (2020) auprès des familles immigrantes de Montréal, la perception de la santé mentale varie considérablement d'une culture à l'autre. Au Japon, par exemple, les troubles de l'humeur et l'anxiété ne sont pas considérés comme des problèmes de santé mentale au sens occidental. De plus, la souffrance psychique est souvent interprétée à travers des grilles religieuses ou traditionnelles qui attribuent des causes surnaturelles ou fatalistes au mal-être dans de nombreuses cultures africaines (Massoudi et Toscanelli, 2021 ; Ourhou, 2020). En outre, Berthelot-Raffard (2022) souligne que, dans certaines communautés racialisées, la santé mentale est perçue comme un problème de personnes blanches, considéré comme secondaire par rapport à des luttes plus urgentes. À la lecture de ces données, un écart peut

apparaître dans la compréhension de la santé mentale chez les ÉI par rapport aux perceptions dominantes dans la société d'accueil. En effet, certains ÉI ne sont pas habitués à la terminologie utilisée pour les problématiques de santé mentale « certains participants ont évoqué le fait que, dans leur pays, les mots “stress” ou “anxiété” n’étaient pas communs et qu’ils se qualifieraient plutôt “tristes” pour évoquer des problèmes d’ordre émotionnel, quels qu’ils soient. » (Gallais *et al.*, 2020, p. 39). En somme, les conceptions de la santé mentale ne sont pas universelles, mais se construisent à l’intersection de différents systèmes culturels, sociaux, religieux et historiques, et influencent l’utilisation des ressources d’aide en santé mentale (Coulombe *et al.*, 2010).

Le recours aux ressources d’aide en santé mentale par les ÉI

Malgré la vulnérabilité recensée, les ÉI ont peu recours aux services de soutien en santé mentale. Selon l’enquête du BCEI (2022), 61,7 % des ÉI n’ont pas utilisé les services de santé mentale offerts par leur établissement, et 3,5 % n’étaient pas au courant de leur existence. Dombou (2021) souligne ce point dans sa thèse sur la santé mentale des ÉI et leur recours aux services de santé mentale dans les pays à revenu élevé et les résultats révèlent que les ÉI utilisent moins les ressources en santé mentale que les étudiants locaux.

D’après Bérubé et ses collègues (2025), dans leur étude sur les perceptions des ÉI à l’égard des services universitaires offerts durant la pandémie, plusieurs d’entre eux connaissaient l’existence des services de soutien psychologiques, mais ne les ont pas sollicités. Certains ont mentionné ne pas ressentir le besoin d’aide, évoquant cette absence

comme principal facteur expliquant leur non-recours. La pandémie a pourtant exacerbé la vulnérabilité des ÉI, notamment par le confinement qui a amplifié l'isolement, la solitude et l'anxiété, augmentant ainsi les facteurs de risque associés à la détresse psychologique (Lévy *et al.*, 2024). Dans ce contexte, le fait que les ÉI n'aient pas demandé de soutien au moment où les besoins étaient les plus critiques suggère qu'ils sont encore moins susceptibles de le faire en période dite normale. Plusieurs mécanismes peuvent expliquer ce phénomène.

Dans une étude portant sur l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants africains au Québec, Boukpepsi (2021) a découvert des données intéressantes. Sa comparaison statistique entre 262 immigrants africains et 250 Canadiens blancs d'origine locale a mis en évidence divers obstacles culturels et spirituels à l'accès aux ressources offertes. Les immigrants africains et les chrétiens étaient moins enclins à demander de l'aide en matière de santé mentale que les Caucasiens ou les personnes athées. Certains facteurs sous-tendent cette tendance, en particulier la sévérité des symptômes, les délais d'attente, la compatibilité culturelle des services et la disponibilité des thérapies alternatives.

Ce constat rejoint les conclusions des recherches sur la vulnérabilité des ÉI, qui ont souligné l'absence de services culturellement adaptés. Les données suggèrent que les services de soutien en santé mentale offerts sur les campus ne tiennent pas compte de la diversité culturelle et linguistique des ÉI ni de la pluralité des conceptions de la santé mentale. Or, ces dernières influencent considérablement la légitimité de la demande d'aide

et contribuent à la stigmatisation de la santé mentale (Bérubé *et al.*, 2021 ; CAPRES, 2019 ; Gallais *et al.*, 2020).

La stigmatisation de la santé mentale est particulièrement importante dans les sociétés où la santé mentale n'est pas ouvertement abordée. En réalité, elle est souvent liée à des tabous :

Il n'est pas rare que des personnes étudiantes provenant de l'international (PEI) partagent leur croyance et/ou leur peur que leur famille soit informée si elles demandent de l'aide, tout comme elles n'osent pas dire à leurs collègues du même pays/ville/village qu'elles ne vont pas bien, par crainte que cela se sache. Pourtant, leurs besoins sont réels et souvent plus importants, si, en l'occurrence, on fait référence à des traumatismes antérieurs ou si l'accès aux ressources ne leur semble pas possible ou laborieux (PGI-EI, 2025).

De plus, la stigmatisation de la santé mentale contribue à la culpabilisation des personnes ayant une condition mentale précaire, celles-ci peuvent alors être perçues comme faibles. Dans un tel contexte, la demande d'aide peut accentuer cette image négative. L'étude comparative de Maeshima et Parent (2022) auprès d'environ 2000 étudiants asiatiques et Américains d'origine asiatique illustre clairement cette dynamique : les étudiants ayant grandi dans des contextes culturels traditionnels, où les problèmes psychologiques sont souvent interprétés comme relevant de la responsabilité individuelle, se montrent nettement moins enclins à recourir aux services de soutien que leurs homologues socialisés dans un environnement occidental.

Par ailleurs, la stigmatisation de la santé mentale repose principalement sur la communication stigmatisante décrite par Doutrelant (2020) comme l'ensemble des

discours qui étiquettent les personnes ayant des conditions mentales plus fragiles en leur attribuant des caractéristiques dévalorisantes : « violents », « instables », « inaptes », « fous », ce qui renforce leur marginalisation. C'est donc un type de stigmatisation sociale de la santé mentale qui s'appuie sur les stéréotypes et qui se transmet collectivement. Cette analyse rejoint les constats du PASME (2021), qui distingue deux formes supplémentaires de stigmatisation. La première est l'autostigmatisation, qui survient lorsque les individus intériorisent les discours stigmatisants, ce qui peut entraîner de la culpabilité, de la honte et une réticence à solliciter de l'aide. La seconde est la stigmatisation structurelle, qui se manifeste par des mécanismes institutionnels ou sociétaux marginalisant ou discriminant systématiquement les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale.

En somme, au-delà des conceptions différentes, des obstacles linguistiques et de la stigmatisation, d'autres facteurs expliquent la sous-utilisation des services de soutien en santé mentale par les ÉI. De manière significative, la méconnaissance des services, l'appartenance à une origine non occidentale, la méfiance culturelle ou raciale qui se définit comme une réponse à la domination historique et institutionnelle induisant un manque de confiance des personnes racisées envers les personnes blanches, le déni de compétence interculturelle, l'ethnocentrisme occidental de la psychologie qui se manifeste par l'absence de services culturellement adaptés, les délais d'attente, le coût et les craintes liées à la confidentialité (Aubin, 2022 ; Baghoori, 2021 ; Berthelot-Raffard, 2022 ; Boukpepsi, 2021 ; De Moissac *et al.*, 2020 ; Dombou, 2021 ; Maeshima et Parent, 2022 ; Ourhou *et al.*, 2023 ; Recherche en santé mentale Canada, 2023). Compte tenu de

ces facteurs, les recherches encouragent une transformation des pratiques institutionnelles en matière de santé mentale.

Recommandations issues de la littérature

La nécessité d'adopter une approche inclusive et culturellement sensible dans le but de promouvoir la santé mentale, de réduire les facteurs de risque et d'encourager l'accès aux services psychologiques a entraîné l'élaboration de recommandations fondées sur les résultats des recherches menées auprès d'ÉI. Le premier axe met de l'avant l'importance de l'inclusion, qui correspond à « l'apprentissage et l'intériorisation des éléments socioculturels du nouveau milieu afin de s'y adapter tout en conservant certains traits culturels » (Frozzini, 2020, p. 11). Elle se distingue de l'assimilation unilatérale et nécessite la participation active des ÉI et de la communauté d'accueil. Les établissements d'enseignement supérieur sont encouragés à mettre en place des stratégies d'inclusion permanentes qui tiennent compte du choc culturel et qui soutiennent la transition universitaire et sociale des ÉI. En garantissant la disponibilité de ces ressources et en établissant une communication explicite sur leur existence et leur fonctionnement, ils peuvent renforcer la confiance, un préalable indispensable pour favoriser le recours aux services psychologiques (Bérubé *et al.*, 2021 ; Direction régionale de santé publique de Montréal, 2024 ; Ferdaoussi et Besrour, 2022 ; Frozzini, 2020 ; PGI-EI, 2025).

Le deuxième volet propose d'atténuer les mécanismes d'exclusion dans les milieux universitaires et de renforcer les compétences interculturelles de la communauté

d'accueil. La compétence interculturelle est définie comme la capacité visant à reconnaître et à utiliser le réservoir culturel en tant que moteur dans la conception d'interventions, de programmes et de politiques pertinentes (Bérubé *et al.*, 2021). Elle possède une double dimension, soit éthique et pratique, et ne cherche pas à « tolérer » les différences, mais ambitionne de les exploiter comme ressources pour développer des solutions adaptées, respectueuses et inclusives. Deardorff (2006) énonce dans son modèle pyramidal que la compétence interculturelle repose sur des attitudes telles que le respect de l'autre et de la diversité culturelle, l'ouverture aux enjeux interculturels et à la formation, ainsi que la curiosité et la découverte grâce à la tolérance et à l'acceptation de l'incertitude. Pour y parvenir, il est essentiel de développer chez la communauté locale des compétences interculturelles appuyées par des initiatives tangibles qui encouragent les échanges interculturels et la formation de liens sociaux. Cela invite à la mise en place de programmes qui valorisent la pluralité des trajectoires étudiantes (CAPRES, 2023 ; Gallais *et al.* 2020 ; ministère de l'Enseignement supérieur, 2022 ; PGI-EI, 2025).

Enfin, la littérature met en évidence l'importance de la personnalisation et de la diversification de l'offre de services afin que celle-ci réponde véritablement aux besoins particuliers des ÉI (BCEI, 2022). Bérubé et ses collègues (2021) suggèrent de faciliter l'accès à certains services, notamment ceux fournis par les travailleurs sociaux, les conseillers en orientation, le personnel infirmier, les interprètes communautaires ou encore les médiateurs culturels. Les chercheurs recommandent aussi d'offrir un suivi personnalisé, tant en matière scolaire que sur le plan psychosocial. Cette préoccupation est également abordée par Gallais et ses collègues :

Le premier défi qui se pose au sujet de la prise en charge de la santé mentale des étudiants internationaux dans les établissements collégiaux est de pouvoir amener certains étudiants en souffrance à demander de l'aide en dépit de leurs modes de croyances ou des tabous qui peuvent entourer ce type de demande. L'aide sera néanmoins proposée sur un mode occidental. Si les établissements d'enseignement postsecondaire souhaitent le passage de l'adaptation des étudiants internationaux à leur intégration, se doter des moyens d'offrir un soutien psychosocial de type transculturel, à l'instar de la psychothérapie transculturelle, pourrait devenir le prochain défi (Gallais *et al.*, 2020, p. 39).

Cette approche différenciée nécessite de concevoir des campagnes éducatives sur la santé mentale adaptées aux différentes cultures, d'offrir un soutien individualisé par le biais du counseling, et de présenter des exemples de succès provenant de divers milieux universitaires. Il est crucial de concevoir les services afin qu'ils ne soient pas perçus comme des outils unidirectionnels, mais bien comme des lieux accueillants, inclusifs et respectueux des différentes identités, capables d'accommoder les visions variées de la santé mentale (Baghoori, 2021 ; Berthelot-Raffard, 2022 ; De Moissac *et al.*, 2020 ; Maeshima et Parent, 2022). Ces recommandations servent de point de départ à la réflexion sur l'adaptation des services, des stratégies institutionnelles et des interventions interculturelles en santé mentale.

En définitive, les statistiques sur la vulnérabilité des ÉI et leur utilisation des services de soutien en santé mentale sont peu nombreuses, mais les recherches s'accordent sur les facteurs de risque et la mise en place de mesures visant l'amélioration des services qui leur sont offerts. La littérature propose de remettre en question les dynamiques de pouvoir

et les logiques institutionnelles qui structurent la relation d'aide et les interventions en santé mentale. Reconnaître la diversité des conceptions de la santé mentale, c'est refuser d'imposer un modèle unique et ouvrir un espace pour des pratiques plus inclusives, respectueuses et véritablement interculturelles.

Problématique

Selon le psychologue clinicien Daniel Dérivois (2017), l'être humain ne peut être réduit à une seule culture, mais doit être considéré comme le produit de multiples expériences et influences antérieures. Il précise : « l'interculturel précède le culturel » (Dérivois, 2017, p. 19). L'interculturel s'impose et se consolide dans les sociétés où la diversité correspond à une mosaïque d'identités et d'expressions propres à chacun des groupes qui la composent. Dans cet ordre d'idées, l'interculturel prend plusieurs formes, notamment l'interculturel politique, qui se manifeste par l'émergence de frontières intergroupes, et la communication interculturelle, qui vise à apaiser les relations entre ces mêmes groupes. Elle constitue un moyen de construire des ponts entre différentes cultures et d'aborder l'altérité de manière respectueuse (Tessier, 2009). Ainsi, la communication interculturelle se situe au cœur des relations internationales, du management interculturel, ainsi que des mouvements migratoires, tels que l'internationalisation des études universitaires.

L'internationalisation des études transforme les universités canadiennes en des lieux de rencontre interculturelle où coexistent de multiples trajectoires et imaginaires.

Les ÉI doivent relever de nombreux défis, tels que le choc culturel (Bérubé *et al.*, 2021 ; CAPRES, 2019 ; Frozzini, 2020 ; Gallais *et al.*, 2020), les barrières linguistiques, la solitude, l'isolement, la précarité financière (Bérubé *et al.*, 2021 ; CAPRES, 2019 ; De Moissac *et al.*, 2020 ; Ferdaoussi et Besrour, 2022 ; Frozzini, 2020) et les mécanismes d'exclusion (Berthelot-Raffard, 2022 ; Bérubé *et al.*, 2021 ; BCEI, 2022 ; Nepton *et al.*, 2025). Ces difficultés fragilisent leur bien-être psychologique et affectent directement leur réussite universitaire (Direction régionale de santé publique de Montréal, 2024). Paradoxalement, les ÉI utilisent peu les services de psychologie qui leur sont offerts (Bérubé *et al.*, 2021 ; CAPRES, 2019 ; Dombou, 2021 ; Gallais *et al.*, 2020). Plusieurs facteurs contribuent à cette réticence, tels que l'auto-évaluation, la méfiance, les délais d'attente, les barrières linguistiques et les imaginaires de la santé mentale, qui influencent la perception du bien-être et la légitimité de la demande d'aide (Boukpepsi, 2021 ; De Moissac *et al.*, 2020 ; Le partenaire, 2016 ; Ourhou, 2020 ; Recherche en santé mentale Canada, 2023). Alors que les recherches indiquent des facteurs de risque importants, les ÉI déclarent en majorité une perception positive de leur bien-être psychologique (Baghoori, 2021 ; De Moissac *et al.*, 2020). Cette contradiction révèle une tension dans la compréhension de la santé mentale. En effet, la santé mentale n'est pas une notion universelle, sa définition, son évaluation et ses modes d'expression sont socialement et culturellement construits et médiés par une pluralité d'imaginaires spirituels et identitaires qui influencent le recours aux soins et le type de traitement privilégié (Coulombe *et al.*, 2010). En filigrane, ces obstacles révèlent un enjeu communicationnel central : la rencontre interculturelle dans le cadre des services psychologiques ne peut se limiter à la

disponibilité matérielle des ressources. Elle dépend de la capacité des institutions et des praticiens à percevoir, comprendre et négocier les cadres de références des ÉI, en créant un espace relationnel fondé sur la confiance, la reconnaissance mutuelle et la sécurité culturelle.

Pour des raisons d'accessibilité et de faisabilité, nous avons décidé de mener une étude de cas. Par conséquent, notre recherche se concentre sur les ÉI d'origine non occidentale³ inscrits à l'UQTR et examinera leur utilisation des services de psychologie offerts sur le campus ainsi que leurs interactions avec les intervenants qu'ils rencontrent. Partant de là, plusieurs questions émergent de cette réflexion, du point de vue des ÉI, comment se construisent leurs imaginaires de la santé mentale et dans quelle mesure influencent-ils leur recours au service de psychologie ? Sur le plan institutionnel, quelles stratégies sont en place pour favoriser leur recours au service de psychologie ? Dans une perspective de communication interculturelle, **comment la création d'une alliance relationnelle entre les ÉI issus de contextes non occidentaux et les intervenants de l'UQTR peut-elle favoriser le recours au service de psychologie en tenant compte de la diversité des imaginaires en santé mentale ?**

Cette recherche vise d'abord à comprendre les imaginaires de la santé mentale véhiculés dans les contextes non occidentaux, au regard de l'expérience des ÉI de l'UQTR. Ensuite, elle examine l'influence de ces imaginaires sur la perception de la santé

³Si nous convenons avec Dasen (1993) que chaque société a sa propre définition du normal et du pathologique. De plus, il souligne que les théories psychologiques et psychiatriques occidentales ne sont pas adaptées à toutes les sociétés.

mentale et du recours aux services de psychologie offerts par l'établissement. Elle envisage également d'identifier les stratégies institutionnelles les plus pertinentes en intervention interculturelle. Enfin, elle ambitionne de formuler des recommandations pour établir une alliance relationnelle entre les étudiants et les professionnels et ainsi favoriser une prise en charge adaptée à la diversité des imaginaires en santé mentale.

Pertinence sociale

La santé mentale des ÉI est une problématique sociale au cœur des préoccupations médiatiques et institutionnelles, puisqu'elle met en évidence le lien entre la précarité migratoire et les mécanismes d'exclusion, d'une part, et le bien-être psychologique des ÉI et leur recours aux services de psychologie, d'autre part. Elle examine le sentiment d'appartenance des ÉI à la société d'accueil et s'aligne aux préoccupations du plan global visant l'accueil, l'intégration, le soutien et la réussite de la population étudiante internationale à l'UQTR en diagnostiquant les écarts entre les actions prévues et les besoins réels des ÉI. Enfin, elle encourage la révision des initiatives institutionnelles dans le but de créer des environnements sécurisants et inclusifs qui correspondent aux objectifs du *care*.

Pertinence scientifique

Cette étude corrobore les constats de la littérature scientifique, en particulier ceux qui soulignent l'importance de la prise en compte des facteurs culturels dans l'évaluation

et la compréhension de la santé mentale des ÉI (Baghoori, 2021 ; De Moissac *et al.*, 2020 ; Gallais *et al.*, 2020). Elle répond à un appel explicite de la littérature qui suggère d'explorer les perceptions et les modes d'expression de la détresse chez les étudiants issus de contextes non occidentaux (Gallais *et al.*, 2020). Son originalité repose sur plusieurs axes. Tout d'abord, elle considère les imaginaires de la santé mentale des ÉI issus de contextes non occidentaux comme une construction socioculturelle et identitaire. De plus, elle conteste les approches interculturelles et transculturelles traditionnelles qui ont tendance à essentialiser les individus en réduisant leur expérience aux seuls traits culturels. En définitive, par l'entremise de l'alliance relationnelle, elle souhaite établir la communication interculturelle comme un processus réflexif marqué par les cadres de références, les dynamiques de pouvoir et la coconstruction du sens.

Nous avons présenté la littérature sur la santé mentale des étudiants internationaux en examinant les facteurs de risque, leur perception de leur état et la façon dont celle-ci contredit les recherches qui mettent en évidence leur grande vulnérabilité. Nous avons également mis l'accent sur les recommandations visant à intégrer les imaginaires de la santé mentale et à adapter les services proposés pour tenir compte de la diversité culturelle. Dans le chapitre suivant, nous nous attacherons à opérationnaliser les concepts et les théories qui sous-tendent notre étude.

**Chapitre II : La santé mentale au cœur de l'expérience interculturelle :
imaginaires, interventions et dynamiques de pouvoir**

Les ÉI, bien qu'issus de la migration internationale, ne sont pas considérés comme des immigrants. Selon l'Institut de la statistique de l'UNESCO⁴, ce sont des personnes qui ont physiquement traversé une frontière internationale pour poursuivre des activités éducatives dans un pays autre que le leur. De plus, le glossaire d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada définit les ÉI comme des : « résident[s] temporaire[s] autorisé[s] légalement à étudier au Canada de façon temporaire. La plupart des ÉI doivent obtenir un permis d'études si leur formation dure plus de six mois »⁵. L'expression « étudiant international » est préférée à celle d'« étudiant étranger », car elle met en lumière des dimensions importantes, telles que la temporalité de leur séjour, les conditions spécifiques associées à ce statut et la relation complexe entre le pays d'origine et celui d'accueil (Bérubé *et al.*, 2021). Compte tenu du fait qu'ils ne détiennent pas la résidence permanente ni la citoyenneté canadienne, les diverses modifications des politiques d'immigration, notamment l'accès de plus en plus restreint à la résidence permanente au Québec, contribuent à la précarisation de leur statut :

Pour celles et ceux souhaitant demeurer au Québec pour y bâtir leur vie, cela implique de cumuler les statuts temporaires dans l'espoir de voir les portes de la résidence permanente s'ouvrir à nouveau. Au-delà du risque d'exploitation économique, ce séjour dans les limbes du système d'immigration entraîne de

⁴ Institut de la statistique de l'UNESCO, <https://uis.unesco.org/fr/node/4789141> consulté le 10 mai 2024.

⁵ [Glossaire Immigration et citoyenneté](#), Gouvernement du Canada. Consulté le 10 janvier 2025.

lourdes conséquences psychologiques et remet en question leur sentiment d'appartenance au Québec (Paquet *et al.*, 2025).

En ce sens, les ÉI représentent une population en transition, vivant une expérience unique à l'intersection de plusieurs dynamiques politiques, socioculturelles, relationnelles et identitaires. Ils doivent naviguer entre l'intégration dans une société d'accueil souvent marquée par des normes culturelles différentes et la préservation de leur identité d'origine. Ces facteurs contribuent à leur vulnérabilité.

D'après Collet et Beaupère (2024), la vulnérabilité désigne l'affaiblissement des protections par rapport aux défis de la vie. C'est une problématique universelle en ce sens que tous les humains sont vulnérables d'une manière ou d'une autre, mais elle est également potentielle, relationnelle, contextuelle, individuelle et surtout réversible. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2023), un groupe vulnérable peut être défini comme «un ensemble de personnes qui, en raison d'une situation, d'une caractéristique personnelle ou de leur âge, ne peuvent pleinement protéger elles-mêmes leurs intérêts (dont leur santé) et courent le risque d'être exposées ou touchées plus que les autres» (INSPQ, 2023, p. 7). Par conséquent, la vulnérabilité en santé publique se réfère aux groupes de personnes perçues comme «à risque» et qui nécessitent une attention accrue dans l'élaboration et la réalisation des mesures.

Parallèlement, la vulnérabilité étudiante est mise en évidence par Résosup,⁶ qui identifie trois dimensions : tout d'abord, la dimension économique, qui renvoie aux

⁶ Réseau des Observatoires de l'Enseignement Supérieur de France

difficultés financières et à l'insécurité alimentaire ; ensuite, la deuxième est liée aux conditions de vie, au logement, à la perception du bien-être physique et mental. Finalement, la troisième dimension concerne la solitude, l'isolement et les relations sociales (Collet et Beaupère, 2024). Launay (2024) conclut qu'une personne ou un groupe ayant au moins deux dimensions est vulnérable.

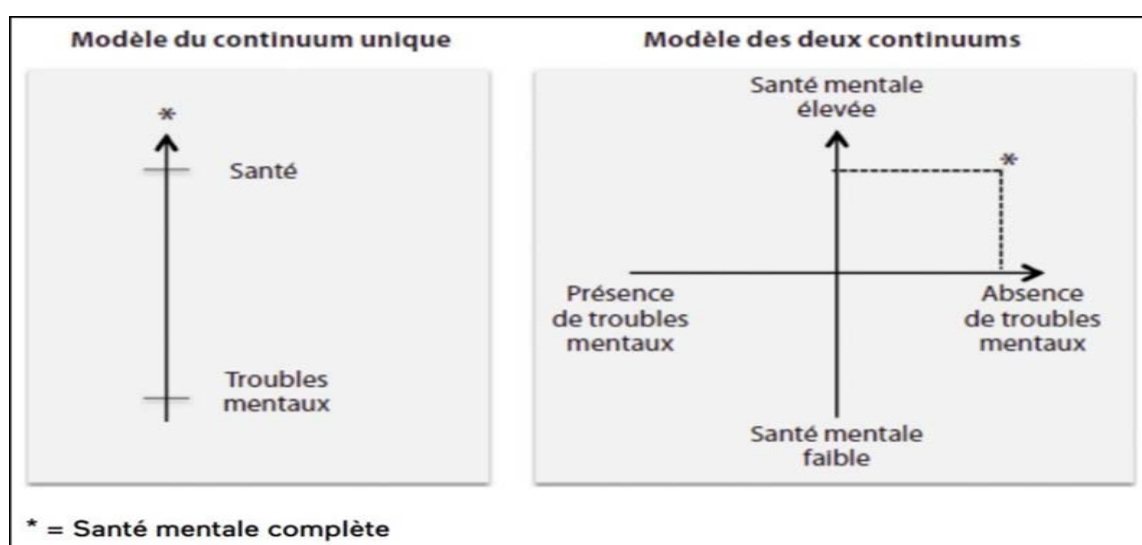
Par conséquent, les ÉI peuvent être considérés comme un groupe vulnérable en raison des difficultés inhérentes à leur statut et des facteurs de fragilisation de leur santé mentale. Dans cette optique, ce chapitre analyse la santé mentale sous un angle biopsychosocial, tout en explorant les imaginaires associés et leur relation avec la stigmatisation. Il aborde également l'intervention interculturelle comme une situation de communication marquée par la symbolisation, et le rejet du déterminisme culturel. Enfin, il propose l'alliance relationnelle comme cadre théorique ancré dans une perspective communicationnelle, pour comprendre la santé mentale et sa prise en charge à la lecture des dynamiques de pouvoir.

Les imaginaires de la santé mentale dans la rencontre interculturelle

La santé mentale fait partie intégrante de la santé globale. Selon la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, elle correspond à « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (OMS, 2022, p. 2). Pendant longtemps, l'absence de troubles mentaux était synonyme d'une bonne santé mentale.

Cependant, cette perception ne tenait pas compte de la complexité humaine. Ainsi, le modèle des « deux continuums » de la santé mentale, développé par Keyes (2002), illustre bien cette complexité. Selon ce modèle, la santé mentale complète réside dans un équilibre subtil entre l'absence de troubles mentaux et une santé mentale élevée. C'est donc une vision intégrale de la santé mentale qui s'intéresse également aux facteurs d'influence de celle-ci, comme le suggère le modèle biopsychosocial.

Figure 1 : *Modèle du continuum unique et des deux continuums de la santé mentale*



Source : Doré et Caron (2017)

L'approche humaniste de la santé mentale, proposée par George Engel en 1977 et connue sous le nom de « modèle biopsychosocial », est un « modèle multifactoriel ou multidimensionnel de la santé mentale et de la psychopathologie qui étudie l'influence sur le comportement de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux » (Benny *et al.*, 2016, p.40). Ces facteurs participent simultanément au maintien de la santé

mentale ou au développement de troubles. Avec le concours de moyens diagnostiques et thérapeutiques applicables, il permet d'élargir les perspectives en tenant compte de la diversité des déterminants. Tout d'abord, les facteurs biologiques, tels que les gènes, l'hérédité, la qualité du sommeil, l'alimentation, la santé physique, les réactions physiologiques et les caractéristiques individuelles, telles que le sexe et l'âge, sont de premiers facteurs d'influence. Ensuite, des facteurs psychologiques tels que la gestion des émotions, l'estime de soi, l'image corporelle, les comportements et la résilience influencent la capacité à maintenir un équilibre face aux difficultés. Enfin, les facteurs sociaux comprennent les politiques et configurations sociales, notamment la capacité à tisser et entretenir des liens, à s'engager dans la communauté, à se sentir inclus et à accéder aux loisirs. Ils se déclinent également sur le plan de la sécurité financière, des paramètres culturels et spirituels, et l'appartenance à une minorité. Ces éléments forment l'ensemble des déterminants, à savoir des facteurs de protection ou de risque (Benny *et al.*, 2016 ; ministère de l'Enseignement supérieur, 2022 ; MSMQ ; OMS, 2022).

De plus, le modèle biopsychosocial favorise la participation active du patient par l'observation de ses croyances, de ses attentes, du récit qu'il fait de sa situation, de son attitude envers celle-ci, de la manière de l'appréhender et de l'écart entre ses imaginaires, les discours scientifiques et les normes socialement acceptées (Berquin, 2010 ; Bolton *et al.*, 2020). Dans ces circonstances, la santé mentale représente une expérience profondément subjective : vécue, perçue et racontée sous le prisme des dimensions sociales, physiques, spirituelles, économiques, culturelles, émotionnelles,

organisationnelles et des valeurs propres à chaque personne, mais aussi aux valeurs dominantes dans la société.

Imaginaires et stigmatisation

Les imaginaires, un monde pluriel

Étymologiquement, le mot « imaginaire » dérive du latin « imago », qui signifie « image » ou « représentation »⁷. Dans les études littéraires, il était d'abord associé à l'imagination, puis, par le biais des recherches interdisciplinaires, il est devenu un système de représentations. Selon Gilbert Durand, un des pionniers de la recherche sur l'imaginaire, c'est un système chargé de sens et de significations qui relie l'homme (dans sa dimension subjective) à l'univers dans sa dimension cosmique et sociale (Durand cité dans Grassi, 2005). L'imaginaire joue ainsi un rôle symbolique, reflétant la capacité unique de l'être humain à se connecter au monde qui l'entoure et à interagir avec lui. Cette dimension est également présente chez Castoriadis (1975), pour qui l'imaginaire correspond à une production sociale, collective et interactionniste. Il s'agit d'un lieu d'échanges où les pulsions individuelles rencontrent les normes et les valeurs collectives en faisant constamment émerger des significations socialement partagées. L'imaginaire désigne donc un ensemble de significations, ainsi que la capacité du système social et des institutions à se créer et à se maintenir en permanence (Tomès, 2024). Il permet de définir

⁷ <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26553810/imaginaire> consulté le 17 juillet 2025.

et de comprendre les représentations et les significations que les individus attribuent aux phénomènes. Wunenburger (2020) soutient quant à lui que l'imaginaire est composé :

D'images, d'analogies, de métaphores, de symboles, de récits et de mythes qui s'immiscent dans son vécu, même à son insu, qui s'insinuent dans ses pensées pour les orienter ou les restreindre, qui inspirent ses actions en leur donnant des mobiles, des modèles ou des objectifs et qui se retrouvent souvent partagés, transmis et amplifiés par la culture, les événements et les institutions (Wunenburger, 2020, p. 4).

L'imaginaire se manifeste ici dans une dimension plurielle composée de croyances, de mythes et de significations qui sont liées à la dimension personnelle, sociale, culturelle, spirituelle et historique de l'individu.

Cette vision significative correspond au Tout-monde de Glissant (1997), qui désigne un univers pluriel et total à l'intérieur de chaque individu singulier : « La totalité-monde dans sa diversité physique et dans les représentations qu'elle nous en inspire : que nous ne saurions plus chanter, dire, ni travailler à souffrance à partir de notre seul lieu, sans plonger à l'imaginaire de cette totalité » (Glissant, cité dans Derivois, 2017, p. 54). Cette totalité, ce sont les imaginaires qui émergent comme des lieux de symbolisation, d'appartenances individuelles et collectives. Cette définition permet de considérer la pluralité des imaginaires en santé mentale, au regard de l'expérience des ÉI, notamment la manière dont ils identifient et expriment la détresse, les explications psychologiques, sociales, culturelles ou spirituelles du mal-être, le contexte dans lequel il s'inscrit, la perception des spécialistes et la négociation du sens avec les institutions.

Stigmatisation de la santé mentale : de la théorie de l'étiquetage aux tabous

La stigmatisation est une forme d'imaginaire reposant sur le stigmat. Goffman (1963) en distingue trois types : les stigmates corporels, liés à des déformations physiques ou à des handicaps visibles ; les stigmates liés aux traits personnels, comme les troubles mentaux ou les antécédents criminels ; et les stigmates tribaux, qui sont associés à l'appartenance à une race, une religion ou une nation. Ainsi, le stigmat correspond au discrédit résultant du décalage entre l'identité sociale virtuelle, c'est-à-dire les attentes de la société envers l'individu et l'identité sociale réelle, qui s'appuie sur les attributs effectifs de la personne. Par conséquent, la stigmatisation peut être considérée comme un processus d'étiquetage social découlant des interactions entre l'individu et la société.

Becker (2020) renforce cette idée lorsqu'il aborde la notion de déviance. Elle émerge de l'interaction entre une personne qui a transgressé une norme et le groupe auquel elle appartient. En conséquence, c'est la façon dont ce groupe réagit face à la transgression de ses règles qui forme la déviance. Ainsi, « le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette » (Becker, 2020, p. 33). L'étiquetage d'un comportement comme déviant et l'apposition du stigmat par ceux qui détiennent ce pouvoir ont pour effet de juger des comportements ou des caractéristiques comme acceptables ou inacceptables en fonction du contexte dans lequel ils s'inscrivent. Cette situation crée une séparation entre les groupes perçus comme « normaux » et ceux qui sont étiquetés. De plus, cet étiquetage

favorise l'émergence de tabous, comme des réponses à la perte de statut, la discrimination et la marginalisation qui y sont associées.

Selon Webster (1952), le tabou représente un ensemble d'interdits, souvent considérés comme sacrés, dont l'impact est amplifié par les croyances collectives et les coïncidences. Il met en évidence le fait que les individus dominants d'un groupe attribuent des étiquettes à certaines actions, ce qui crée un puissant filtre qui influence les perceptions sociales et les comportements attendus. Ce processus renforce également les mécanismes d'exclusion ou de silence entourant certains sujets. Le tabou fonctionne comme un intermédiaire : il n'est pas entièrement explicite et rationnel, mais il est profondément ancré dans les conventions implicites d'un groupe.

À la lumière de ces théories, la stigmatisation de la santé mentale émerge comme un processus d'étiquetage qui entraîne des tabous, puisqu'elle suggère que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont différentes, voire anormales. Giordana (2011) et Aubin (2022) soulignent justement cette pensée et affirment que la stigmatisation de la santé mentale est un processus de marginalisation sociale. Ce dernier repose sur des imaginaires, notamment des « idées reçues », des « prêt-à-penser » et des préjugés négatifs qui influencent les comportements du groupe envers les personnes, dont la condition mentale s'écarte de la norme. Ces imaginaires sont infondés sur le plan scientifique et sont alimentés par la peur et tendent à justifier l'exclusion. En effet, ces imaginaires sont des constructions socioculturelles qui se cristallisent avec le temps et constituent la

stigmatisation sociale. On distingue également la stigmatisation personnelle ou autostigmatisation lorsque les personnes intériorisent les stéréotypes et les appliquent à leurs expériences. Enfin, la stigmatisation peut également être structurelle lorsque les pratiques institutionnelles limitent la pleine participation des personnes dont la santé mentale n'est pas optimale (ministère de l'Enseignement supérieur, 2021).

Ainsi, la stigmatisation de la santé mentale des ÉI semble être une articulation entre la marginalisation sociale accentuée par l'exclusion des personnes ayant une condition mentale fragile dans leurs pays d'origine, le tabou créé autour de l'expression de la vulnérabilité ainsi que l'autostigmatisation lorsqu'ils nient leur condition psychologique. Cette stigmatisation s'accompagne de la méfiance envers les services d'aide, qui sont perçus comme une menace, car ils peuvent imposer une étiquette qui pourrait nuire au statut social de la personne concernée. Il semble donc que les ÉI craignent de révéler leur vulnérabilité et de subir les conséquences d'une telle divulgation dans la société qui les accueille, surtout si elle est tue ou punie dans leurs milieux sociaux d'origine. En définitive, la stigmatisation de la santé mentale découle surtout de conceptions différentes de cette dernière, qui influencent la légitimité du recours aux services de soutien, en particulier lorsque ceux-ci ne sont pas adaptés à la diversité.

Les services de psychologie

Comprendre le recours aux services de psychologie

Les services de psychologie appartiennent à une dynamique d'actions nationales et régionales visant à promouvoir, à sensibiliser et à intervenir auprès des personnes considérées comme vulnérables sur le plan psychologique. Dans ce paysage, les services universitaires se distinguent par leur accessibilité et leur adaptation aux besoins des étudiants. Ces services comprennent des consultations individuelles ou en groupe, des interventions en situation de crise et des campagnes de promotion et de sensibilisation.

Par conséquent, recourir aux services de psychologie consiste à solliciter l'assistance d'un spécialiste qualifié, comme un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute, un intervenant psychosocial ou un travailleur social, afin qu'il réponde à des besoins en santé mentale (Boukpepsi, 2021). Cette définition met en évidence deux aspects : la demande d'aide et la prise de conscience du besoin d'assistance psychologique. Dans le contexte universitaire, le recours désigne la démarche d'un ÉI visant à rencontrer un professionnel au sein des services de psychologie offerts par son établissement. L'intervention proposée repose généralement sur le counseling tel qu'il est défini par l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie⁸ :

Une démarche relationnelle fondée sur le recours éthique à des compétences professionnelles précises en vue de faciliter le changement chez l'humain. Le counseling concerne le bien-être, les relations, l'épanouissement personnel, le

⁸ <https://www.ccpa-accp.ca/fr/la-reglementation-au-canada/> consulté le 7 novembre 2025.

perfectionnement professionnel, la santé mentale et la maladie ou la détresse psychologique.

Cette approche met l'accent sur la reconnaissance des besoins et la mise en place de stratégies adaptées à la singularité et à la vulnérabilité de chaque individu. Cependant, elle repose sur une conception occidentale de la santé mentale et de l'intervention qui, selon Rousseau (2020), sont inadaptées, voire inefficaces, puisqu'elles ne correspondent pas aux besoins et aux valeurs des autres groupes, notamment ceux issus de l'immigration.

L'ethnocentrisme occidental de la psychologie

L'ethnocentrisme est au cœur des préoccupations interculturelles, puisqu'il désigne un mécanisme de négation de la différence. Cohen-Emerique (2015) le définit comme l'incapacité à concevoir ce qui est différent de nous-mêmes. C'est une attitude qui nous amène à percevoir, à comprendre et à interpréter les phénomènes, les choses et les groupes sociaux à travers nos propres filtres. Dans cette optique, l'ethnocentrisme occidental de la psychologie, tel que le décrit Dasen (1993), prend tout son sens. Il soutient que la psychologie, la psychiatrie et la psychanalyse sont profondément marquées par les conceptions occidentales de la personnalité et de la famille, qui n'ont pas été confrontées aux réalités vécues par les autres groupes. De plus, il précise que chaque culture a sa propre conception du normal et du pathologique, de la maladie et de la santé, ainsi que du profane et du sacré. Ces concepts sont généralement en harmonie avec le reste du système culturel : « il est utile de bien prendre acte du fait que d'autres cultures ont également leurs

théories complètes de la personnalité, de la psychopathologie et de la thérapie » (Dasen, 1993, p. 161). Il souligne l'importance des méthodes interculturelles, et affirme que toute psychologie devrait être interculturelle. Ce point de vue remet en question les théories prétendument universelles et leur validité empirique. L'interculturel se manifeste donc par la capacité de reconnaître et de respecter la pluralité des imaginaires en santé mentale et de mettre en place des interventions adaptées.

L'intervention interculturelle, un processus communicationnel

La communication et la culture, deux éléments fondamentaux de l'histoire de l'humanité, semblent avancer de manière presque indissociable. C'est ce que soutient Stuart Hall dans sa citation célèbre : « la culture est communication et la communication est culture » (Hall, 1984, p. 219). En effet, la culture et la communication remplissent des fonctions similaires. D'une part, la communication sert à bâtir des ponts entre soi et autrui, à tisser des liens sociaux et à découvrir l'altérité en examinant ses peurs et ses aspirations (Wolton, 1997). D'autre part, la culture désigne un répertoire de réponses élaborées par une communauté humaine afin de répondre aux exigences de son environnement naturel et social. Elle englobe tous les aspects de l'existence individuelle et collective, et évolue à travers un équilibre entre la tradition, l'assimilation, l'adaptation et l'innovation (Cohen-Emerique, 2015).

Dès lors, la communication interculturelle apparaît comme « une rencontre entre porteurs de cultures différentes [...] il s'agit d'une rencontre avec, d'une rencontre entre

et d'une rencontre agissant sur » (Stoiciu, 2008, p. 39). La notion de « rencontre avec » souligne la présence de diverses parties prenantes, cultures et identités qui interagissent et s'influencent mutuellement. Montgomery et Bourassa-Dansereau (2017) soutiennent largement cette idée. Selon elles, les rencontres interculturelles transforment les cultures : celles-ci ne sont pas immuables, mais évoluent et se redéfinissent au contact des autres cultures, et déconstruisent les frontières établies. L'expérience interculturelle existe donc dans les interactions et les pratiques en milieu diversifié.

Vers des pratiques culturellement sensibles

L'intervention interculturelle repose sur un principe fondamental : la rencontre de cultures différentes ne va pas de soi et peut engendrer des malentendus, des conflits ou même des exclusions. Elle se définit comme un ensemble d'actions coordonnées visant à relier les réflexions théoriques à des situations réelles d'intervention en contexte de diversité (Montgomery et Bourassa-Dansereau, 2017). Cette approche suggère une posture réflexive et une compréhension des logiques culturelles qui façonnent les imaginaires de la santé mentale.

Dans ces circonstances, l'ethnopsychiatrie, développée par Louis Mars (1953) et popularisée par Georges Devereux (1980), représente un courant théorique et clinique majeur pour répondre aux limites de la psychiatrie occidentale face à la prise en charge des personnes issues de la diversité culturelle. Elle se distingue par son attention portée à la dimension culturelle des troubles psychologiques et postule l'existence d'un

« inconscient ethnique », c'est-à-dire d'une partie du psychisme structurée par l'apprentissage des interdits, des valeurs et des modes d'expression sociaux propres à une culture donnée. En effet, bien que les troubles psychiques soient universels, ils présentent des variantes spécifiques à chaque communauté, notamment en ce qui concerne les symptômes, les spécialistes de la santé mentale et les traitements. Cela est dû au fait que l'individu tombe malade, ou exprime sa détresse, selon ce que lui autorise la société dans laquelle il a grandi. Ces données sont précieuses pour les thérapeutes et permettent de saisir l'influence de la culture sur les maladies mentales et l'empreinte psychiatrique de la culture (Laplantine, 2002).

L'ethnopsychiatrie repose sur trois approches thérapeutiques : tout d'abord, la thérapie intraculturelle, où le thérapeute et le patient partagent une affinité culturelle. Ensuite, la thérapie interculturelle, où le praticien développe une expertise sur la culture de l'autre et l'utilise comme un outil thérapeutique. Enfin, la thérapie transculturelle, qui permet de pénétrer la culture de l'autre pour en comprendre la structure symbolique et les significations profondes (Lecomte *et al.*, 2006). Ces approches convergent vers la médiation culturelle utilisée en santé mentale. Elle nécessite la présence d'un médiateur ou d'un interprète culturel formé en intervention interculturelle. Celui-ci facilite les échanges entre le thérapeute et le patient grâce à une traduction littérale, mais également en faisant appel aux cadres de références de chaque partie.

Limites des approches interculturelles

Les approches interculturelles et transculturelles sont des outils précieux pour concevoir des interventions sensibles et adaptées. Cependant, elles présentent certaines limites. Lorsque les différences culturelles sont abordées, les frontières intergroupes peuvent entraîner une assimilation excessive, ou, au contraire, perpétuer des distanciations stigmatisantes. Selon Cohen-Émerique (2015), la catégorisation sociale est un processus qui attribue des caractéristiques stables et réductrices à des groupes d'appartenance. Dans le cas des approches interculturelles, l'ethnicisation contribue à la simplification de la complexité et de l'identité humaine à ses seuls traits culturels. Elle encourage l'uniformisation des interventions par l'utilisation de « recettes » imprégnées de stéréotypes et de préjugés, que les intervenants ont tendance à appliquer mécaniquement aux personnes appartenant à des groupes culturels spécifiques, en faisant abstraction de leur individualité. Cette généralisation culturelle est un obstacle majeur à la rencontre interculturelle. Cohen-Émerique (2015) soutient aussi que chaque être humain possède plusieurs strates de culture (nationale, régionale, ethnique et professionnelle), qui peuvent interagir et s'influencer mutuellement. Elle met ainsi en évidence la nécessité de distinguer la personne de son identité culturelle et de reconnaître la singularité des parcours, des expériences et des affiliations.

Par ailleurs, Johnson-Lafleur (2016) présente la pathologisation de la différence, qui consiste à interpréter systématiquement les pratiques culturelles différentes comme des maladies ou des déviances. Cela survient lorsque les normes, les conceptions du

monde, les notions comme la justice, le respect ou la morale entraînent des conflits de valeurs entre l'intervenant et la personne aidée. Elle met également l'accent sur la nécessité de ne pas culturaliser l'inacceptable, c'est-à-dire attribuer des comportements, des pratiques ou des discours éthiquement, humainement ou socialement problématiques à la culture, de manière à les rendre tolérables. Cette vigilance critique est essentielle pour maintenir une posture respectueuse et éviter les dérives normatives ou ethnocentristes.

Pour ces raisons, la psychiatrie transculturelle centrée sur la personne émerge comme une approche appropriée dans la gestion de la diversité, puisqu'elle ne sacrifie pas l'unicité de l'individu, mais la relie plutôt aux dimensions sociales et culturelles (Rostirolla, 2018). Il s'agit d'une méthode thérapeutique qui accorde une grande importance à l'individualité de chaque personne, en tenant compte de ses imaginaires et de son vécu, sans les réduire à des stéréotypes culturels. L'objectif est de créer un climat de coopération dans les échanges, permettant au patient et au thérapeute de construire ensemble un langage commun et d'élaborer des plans d'action thérapeutiques.

La symbolisation

Le cadre de références est défini par Mucchielli (1984) comme « ce qui sert d'arrière-plan permanent à ce qui sera exprimé, l'ensemble des significations auquel renverra le message » (Mucchielli, cité dans Cohen-Emerique, 2015, p. 56). Il englobe l'ensemble des opinions, des idées, des connaissances, mais aussi des normes et des imaginaires qui structurent et donnent un sens à la communication. Le processus par lequel

le cadre de références est mis en forme s'appelle la symbolisation. Pour Brun (2016), la symbolisation est le mécanisme qui permet de donner du sens à une expérience subjective par l'appropriation que le sujet s'en fait et par l'influence de son environnement social, culturel ou relationnel sur les significations qu'il attache à cette expérience.

Dans les interventions ethno thérapeutiques, la symbolisation correspond aux systèmes de sens qui organisent la compréhension du phénomène, notamment le parcours migratoire, qui englobe les expériences de vie, les traumatismes et les motivations du départ ; la fonction culturelle, qui permet de donner un sens à la réalité et de guider les actions ; et les croyances mystiques, mobilisées pour interpréter les grandes questions existentielles, telles que la souffrance, la mort et la transcendance (Lecomte *et al.*, 2006). Partant de là, Massoudi et Toscanelli (2021) identifient les dimensions fondamentales d'une intervention réussie, notamment la dimension communicationnelle, qui prend en compte la langue, le niveau scolaire et l'âge du patient ; la dimension motivationnelle, qui répertorie les valeurs et les croyances du patient pour favoriser son engagement ; la dimension symptomatique, qui exige une compréhension des manifestations culturelles de la souffrance ; et enfin, la dimension socioculturelle, qui reconnaît l'influence du statut social, du genre et de l'identité dans l'analyse des situations individuelles (Massoudi et Toscanelli, 2021). En somme, l'intervention interculturelle devient un processus de recherche du sens. Le but est de créer un lieu commun entre l'intervenant et la personne aidée afin de construire un système de signification que les deux parties peuvent utiliser pour identifier un problème et le résoudre (Bélanger, 2002). Dans ce sens, la symbolisation représente la manière dont les ÉI vivent, expliquent et définissent leur expérience de la

santé mentale ainsi que leur perception du soin. Elle invite à concevoir des interventions qui accueillent ces significations en établissant une alliance relationnelle.

L'alliance relationnelle dans l'intervention interculturelle

L'alliance thérapeutique est essentielle dans les soins de santé mentale. Elle a été initialement conceptualisée dans le cadre de la psychothérapie et représente l'interaction émotionnelle et subjective entre deux personnes et encourage une participation réciproque et une construction conjointe du sens pendant un processus thérapeutique (Brennstuhl et Marteau-Chasserieau, 2021). Cette alliance est le reflet de la relation entre les partenaires au moment de l'intervention. Compte tenu du fait que l'intervention est d'abord une situation de communication, nous mobilisons l'alliance relationnelle comme cadre théorique de notre recherche. Cette théorie puise son inspiration dans les principes de l'alliance thérapeutique (Brennstuhl et Marteau-Chasserieau, 2021), de l'approche interculturelle (Cohen-Emerique, 2015) et du contrat de communication (Charaudeau, 1993). Elle met en évidence les mécanismes de pouvoir qui sous-tendent la relation entre les ÉI et les professionnels qui les accompagnent, que ce soit dans un contexte thérapeutique ou dans d'autres types d'interventions.

Les principes de l'alliance relationnelle

Selon Charaudeau (1993), la communication humaine est fondée sur l'identité individuelle et sociale de l'individu qui s'engage dans cette activité, ainsi que sur son droit à la parole. En effet, toute situation de communication suggère un cadre de reconnaissance mutuel, dans lequel les partenaires s'engagent à coconstruire du sens. Ce cadre est marqué par les identités, les rôles institutionnels, les attentes, les objectifs de l'échange et les rapports qui le sous-tendent. Ce cadre, c'est l'alliance relationnelle qui repose sur deux piliers.

Le premier concerne la reconnaissance des identités, soit celles de l'étudiant et du professionnel, et leur influence sur la situation de communication. Ces identités se construisent autour du cadre de références, et elles exigent une posture particulière de la part de l'intervenant. Ce dernier doit d'abord prendre conscience de son propre cadre de références, ce qui nécessite une décentration, puis il doit comprendre l'autre avec empathie en cherchant à saisir ses logiques culturelles, ses valeurs et ses significations (Cohen-Emerique, 2015). En effet, pour que l'alliance fonctionne, les partenaires doivent à minima partager le même cadre de références ou avoir un socle de connaissances commun sur la situation qui les réunit (Brennstuhl et Marteau-Chasserieu, 2021 ; Charaudeau, 1993). Cela suggère que les intervenants et les étudiants reconnaissent et abordent leurs imaginaires de la souffrance, du soin, du rôle de l'intervenant et aussi dans la manière dont ils le symbolisent. Cette approche vise à reconnaître l'autre dans sa singularité, en tant qu'être humain possédant une histoire qui transcende son identité culturelle ou sociale.

Le deuxième pilier est la coconstruction du sens, Charaudeau (1993), postule que le sens n'est jamais donné d'avance, mais qu'il se construit dans l'échange, à travers les interprétations croisées des partenaires. Il est essentiel que l'étudiant et l'intervenant collaborent activement à la création de significations, en participant au processus de négociation. Coconstruire, c'est négocier au sens de Cohen-Emerique (2015), soit la mise en commun des cadres de références, la construction de pont entre soi et l'autre. Pour qu'elle soit efficace, cette négociation doit être une démarche consciente, affective et respectueuse éloignée des dérives ethnocentristes, puisque, dans cet espace, des rapports de domination et d'influence peuvent émerger et altérer le droit à la parole ou la séquence de l'intervention. Par conséquent, il est impératif que l'intervenant et l'étudiant s'entendent sur les objectifs à atteindre et les méthodes à privilégier (Brennstuhl et Marteau-Chasserieu, 2021). En considérant les identités multiples, en favorisant la compréhension mutuelle et en encourageant la coconstruction de sens, l'alliance relationnelle offre un cadre crucial pour naviguer dans la complexité des interactions interculturelles. Ce lieu de négociation reconnaît les dynamiques de pouvoir susceptibles d'influencer l'intervention.

Fanon et le traumatisme colonial dans l'expérience migratoire : de l'imposition culturelle à la méfiance

La vérité est que la colonisation, dans son essence, se présentait déjà comme une grande pourvoyeuse des hôpitaux psychiatriques. Dans différents travaux scientifiques, nous avons, depuis 1954, attiré l'attention des psychiatres français et internationaux sur la difficulté qu'il y avait à « guérir » correctement un colonisé, c'est-à-dire à le rendre homogène de part en part à un milieu social de type colonial (Fanon, 2002, p. 236).

La pensée de Frantz Fanon constitue une pierre angulaire pour analyser les répercussions psychologiques, sociales et politiques de la colonisation, en particulier dans le contexte des migrations actuelles. En tant que psychiatre et militant anticolonialiste, Fanon a examiné les mécanismes de domination et d'aliénation sous-jacents dans les relations entre les institutions occidentales et les peuples colonisés ou racisés. Ces mécanismes se répètent, car la migration peut activer chez les peuples décolonisés un traumatisme transgénérationnel. Il appuie cette affirmation par l'expérience migratoire des personnes noires, qui, une fois sur un territoire étranger, sont confrontées au clivage « nous » par rapport à « eux », qui peut réveiller la mémoire traumatique de leur domination et infériorisation (Fanon, 1965). Ce point de vue est également défendu par Berthelot-Raffard, qui soutient que « [...] le racisme en milieu académique reproduit et renforce les traumas raciaux historiques des personnes issues des communautés noires tout en atteignant leur droit au bien-être académique » (Berthelot-Raffard, 2022,

paragraphe 3). Cette réalité est d'autant plus pertinente qu'il a été démontré que les ÉI issus de minorités raciales subissent des discriminations sur les campus canadiens (Berthelot-Raffard, 2022 ; Bérubé *et al.*, 2021 ; BCEI, 2022 ; PGI-EI, 2025 ; Nepton *et al.*, 2025).

Outre la discrimination, les stratégies visant l'intégration rappellent ce que Fanon (1965) appelle l'imposition culturelle. Il s'agit d'une forme de domination symbolique et systémique qui se manifeste dans les actions, les échanges, les relations interpersonnelles et les pratiques offertes aux personnes issues de milieux variés. Elle renvoie à l'ethnocentrisme occidental présent dans l'accompagnement des personnes immigrantes. En effet, il semble que les institutions attendent d'elles une ouverture et une adaptation à la société d'accueil en pointant du doigt des mécanismes identitaires, tel que le repli tout en faisant de l'assimilation et de l'aliénation des critères d'intégration. Elles imposent des pratiques ethnocentriques et des stratégies interculturelles qui tendent à dénaturer la relation que l'individu entretient avec sa propre culture.

Dans ce contexte, le médecin et, par extension, le psychologue ou l'intervenant sont perçus comme un porte-parole de la société discriminante (Fanon, 1972). La réticence à recourir aux services offerts par la communauté d'accueil découle non seulement d'un refus du traitement médical, mais aussi d'une répulsion envers l'institution perçue comme oppressante : « Le colonisé ne refuse pas seulement d'envoyer le malade à l'hôpital, mais de l'envoyer à l'hôpital des blancs, ou des étrangers, du conquérant en tout cas » (Fanon, 1972, p. 100). Il souligne la méfiance raciale et culturelle qui s'installe dans les

interactions entre les institutions occidentales et les populations décolonisées. Cette méfiance est reconnue comme un obstacle à l'utilisation des services de psychologie. Elle est exacerbée par les tabous, soit « une peur quasi obsessionnelle de dire ce qui doit être caché » (Fanon, 1972, p. 112). Cette résistance témoigne d'une mémoire traumatique collective, où chaque geste est imprégné d'une histoire de dépossession. Dans ces circonstances, solliciter de l'aide, se confier à la société d'accueil peut être perçue comme une marque de confiance envers celle-ci. En ce sens, l'œuvre de Fanon éclaire le fonctionnement de la domination symbolique et institutionnelle dans l'accompagnement des ÉI. Il s'agit d'un outil critique qui permet de reconnaître, d'analyser et de déconstruire les dynamiques d'exclusion et d'aliénation dans l'intervention interculturelle et pousse à concevoir des stratégies inclusives et rassurantes pour favoriser une alliance relationnelle.

Le *care* comme projet de justice sociale et de sécurisation culturelle

Selon Noël-Hureaux (2015), le *care* met en évidence les rapports de pouvoir, la responsabilité sociale et la relation entre les acteurs. Il s'agit d'une sensibilité à l'autre, à sa singularité et à sa vulnérabilité. La vulnérabilité se définit sur le plan personnel par une diminution des défenses, tandis qu'elle est illustrée sur le plan institutionnel par une considération insuffisante envers les groupes fragiles, souvent due à des pratiques inévitables et à un manque de ressources appropriées. Par ailleurs, Tronto (2012) considère le *care* comme l'ensemble des stratégies visant à prendre soin des autres et restaurer le monde. C'est une démarche d'accompagnement qui requiert d'accorder une

attention particulière et offrir une assistance adaptée en améliorant les stratégies d'intervention sur le plan individuel, relationnel, collectif et institutionnel. Dans cette même perspective, Parizeau et Nurock (2022) appréhendent le *care* comme un projet de justice sociale qui interroge la manière dont les institutions sociales et politiques prennent en charge les personnes les plus vulnérables. Le *care* devient un espace où l'alliance relationnelle prend du sens, un espace de reconnaissance et de négociation. Afin de garantir son efficacité, et d'éviter son altération par les rapports de domination, il est essentiel de mettre en place des mesures équitables, respectueuses de l'autre et adaptées à ses besoins.

La sécurité culturelle⁹ apparaît alors comme une solution adaptée dans le cadre du recours aux services de psychologie par les ÉI. Elle désigne l'expérience du patient :

Il s'agit d'un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît le déséquilibre des pouvoirs inhérents au système de santé et qui vise à le contrer. Elle mène à la création d'un environnement libre de racisme et de discrimination dans lequel les gens se sentent en sécurité lorsque des soins de santé leur sont prodigués (Agence de la santé publique du Canada, 2023, p. 9).

Elle suggère la mise en place de stratégies qui sécurisent les personnes à qui elles sont offertes. Il s'agit d'une initiative en faveur de l'équité sociale. Cette dernière vise à valoriser la prise en compte des vécus, à lutter contre les pratiques discriminantes et à mettre en place des stratégies d'intervention dans lesquelles les étudiants se sentent en sécurité et qui ne les obligent pas à renier leurs cadres de références.

⁹ Le concept de sécurité culturelle a été développé en Nouvelle-Zélande en raison du mécontentement des Maoris concernant les soins santé.

En d'autres termes, l'alliance relationnelle est au cœur de toute intervention culturelle, car elle nécessite une ouverture et un accueil de la diversité, qui s'éloigne des stéréotypes ethnocentristes. Elle exige également une adaptation des services pour répondre aux besoins spécifiques des étudiants, qu'ils soient liés à leur culture ou aux autres aspects de leur identité.

Nous avons montré que la communication est le fil conducteur des interventions en contexte interculturel. Elle permet de reconnaître les facteurs qui influencent la santé mentale, que ce soit le nouveau contexte social marqué par des dynamiques de pouvoir, le contexte socioculturel d'origine et les imaginaires qui contribuent à la stigmatisation de la santé mentale, ou encore l'alliance relationnelle en tant que cadre favorisant les interactions. Partant de ces fondements conceptuels et théoriques, le prochain chapitre exposera la démarche méthodologique adoptée pour recueillir des données à l'aide d'une étude de cas.

Chapitre III : Méthodologie

Le présent chapitre décrit les choix méthodologiques qui structurent notre recherche. Tout d'abord, il expose la démarche méthodologique adoptée pour éclairer l'expérience vécue par les ÉI. Ensuite, il présente l'étude du cas de l'UQTR à partir des stratégies institutionnelles d'inclusion et de révision des services offerts à la diversité. Enfin, il s'attarde sur notre échantillon de recherche, en particulier sur les deux catégories de participants, avant de s'intéresser aux instruments de recueil et d'analyse des données.

Notre étude repose sur une démarche qualitative et interprétative. La recherche qualitative cherche à saisir l'expérience humaine en analysant les valeurs, les représentations et les significations que les individus attribuent à des phénomènes dans leur contexte social, culturel et historique (Anadón et Guillemette, 2006). Ils soulignent que la recherche qualitative est nécessairement inductive, puisqu'elle est nécessairement abductive. Par conséquent, notre démarche est abductive, c'est-à-dire un mode d'inférence hybride qui combine les procédés inductifs et déductifs de manière interdépendante. Elle favorise une approche créative de la recherche en offrant un cadre flexible, tout en laissant émerger les significations à partir de l'expérience vécue. Dans cette étude, l'abduction permet d'explorer l'expérience subjective, de reconnaître la complexité des vécus, d'accueillir les éléments inédits et les contradictions, tout en assurant une rigueur interprétative dans la confrontation avec la théorie.

Fondée sur une approche qualitative et abductive, notre recherche adopte une logique compréhensive. Son objectif est de révéler les significations et le sens que les acteurs attribuent à la santé mentale et au recours aux soins, en mesurant l'écart entre ces définitions et les imaginaires dominants. Nous explorerons ainsi les imaginaires de la santé mentale de certains ÉI afin de ressortir les facteurs qui influencent leur recours aux services de psychologie, ainsi que la création potentielle d'une alliance relationnelle dans un contexte interculturel.

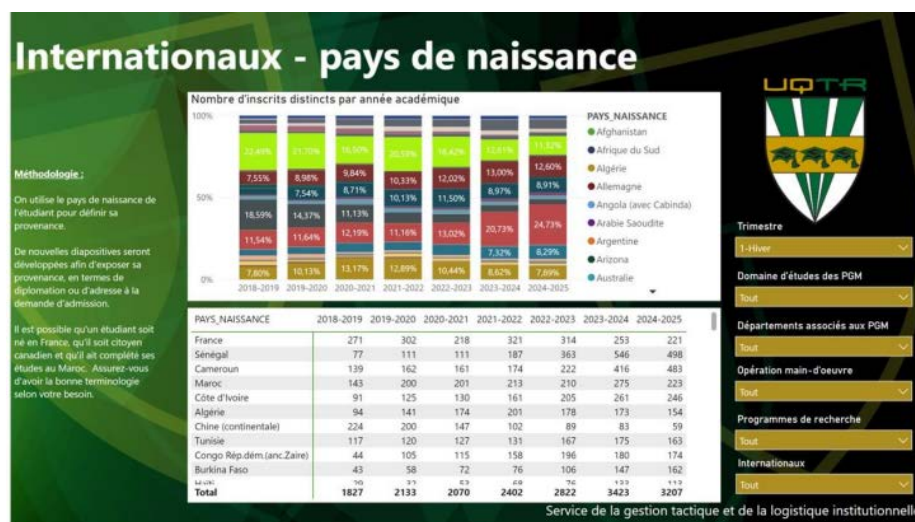
Étude de cas

Cette recherche est une étude de cas, une méthode de recherche qui permet de comprendre en profondeur un phénomène en l'observant directement dans son contexte (Prévost et Roy, 2012). Nous avons choisi l'Université du Québec à Trois-Rivières en raison de sa contribution à l'internationalisation des études supérieures, plus particulièrement grâce à l'accueil d'ÉI, soit 3 035 ÉI inscrits à l'automne 2025¹⁰. Ces données incluent également les résidents permanents¹¹, et révèlent que 20 % de la communauté étudiante provient de 78 pays. Cette situation nous offre la possibilité de toucher directement la diversité culturelle et la diversité des imaginaires en santé mentale.

¹⁰ <https://www.uqtr.ca/faits-et-chiffres/index.shtml> consulté le 5 novembre 2025.

¹¹ Les données statistiques de l'UQTR incluent les résidents permanents dans la catégorie étudiants internationaux (PGI-ÉI, 2025).

Figure 2 : Pays de naissance des ÉI



Source : Service de la gestion tactique et de la logistique institutionnelle, février 2025.

Source : PGI-EI (2025)

Les stratégies inclusives de l'UQTR

L'Université du Québec à Trois-Rivières, fondée en 1969, se présente comme une institution ouverte sur le monde et ancrée dans une démarche équitable, diversifiée et inclusive. L'inclusion consiste à identifier et à éliminer les obstacles physiques ou procéduraux, visibles ou non, intentionnels ou non, qui entravent la participation des individus, dans l'objectif de créer un environnement accessible et équitable pour tous (ministère de l'Enseignement supérieur, 2022). Pour cette raison, l'UQTR accorde une grande importance à l'inclusion de la communauté étudiante internationale en mettant en place des stratégies d'accueil et en révisant ses pratiques.

Avant leur arrivée sur le territoire, ces étudiants reçoivent des informations grâce au guide de l'étudiant international offert par le service aux futurs étudiants et sont invités à participer à des webinaires d'accompagnement et de préparation au voyage. Dès leur arrivée sur le campus, des espaces d'accueil et d'information sont à leur disposition durant la semaine précédant la rentrée, ainsi qu'au moins une autre semaine par la suite. Ce sont des espaces d'accompagnement à l'inscription aux cours, la visite du campus, la découverte des services et des renseignements de base sur la ville de Trois-Rivières.

De plus, le service aux ÉI offre durant toute la session des ateliers et des consultations individuelles sur des problématiques diverses. On y trouve du conseil en immigration ainsi qu'un accompagnement dans le processus de renouvellement des documents. Le service propose également du soutien à l'apprentissage, qui comprend l'adaptation au système éducatif québécois ainsi que la révision des stratégies d'étude et de rédaction. Enfin, des ressources d'information sur les assurances maladie et les activités d'accueil, de socialisation et d'adaptation à la vie universitaire sont offertes.

En outre, le programme Mozaic¹² est une version améliorée du programme de jumelage interculturel qui offre à chaque ÉI inscrit au programme, une personne-ressource qui l'aide à s'adapter à son nouvel environnement. Depuis sa création à l'automne 2024, il se présente comme une communauté interculturelle dont le but est de faciliter la resocialisation des ÉI en atténuant les effets du choc culturel, et en valorisant l'entraide et

¹²https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=5942&owa_no_fiche=32&owa_bottin= consulté le 10 juillet 2025.

la diversité. Cette initiative conviviale réunit chaque mercredi, de 17 h à 20 h, plusieurs ÉI autour de jeux de société, de coloriages et de discussions plus sérieuses sur des thèmes tels que la gestion financière, la santé affective et sexuelle, ainsi que la découverte des services offerts par l'université (infirmierie, bibliothèque, soutien à l'apprentissage, immigration). Des boissons chaudes et des collations sont également proposées pour agrémenter cette rencontre. Cette démarche est soutenue par des initiatives étudiantes, telles que le Comité multiculturel pour l'intégration et la coopération entre étudiants (COMPLICE), ainsi que par des associations fondées sur l'origine nationale.

Par ailleurs, l'UQTR met en place des campagnes de sensibilisation qui visent à lutter contre les stéréotypes autour de la présence des ÉI sur le campus, informer sur leurs réalités et développer des compétences interculturelles chez l'ensemble de la communauté universitaire. Dans cette optique, la formation Camie¹³ a été lancée à l'UQTR durant l'hiver 2024 en collaboration avec le réseau des universités du Québec. Cette initiative s'inspire du rapport de recherche *Les étudiant·e·s internationaux·ales dans le réseau des universités du Québec : pour une meilleure connaissance des interactions en contexte interculturel* dirigé par Farrah Bérubé.

Parallèlement, le plan global d'intervention visant l'accueil, l'intégration, le soutien et la réussite de la population étudiante internationale (PGI-EI, 2025) a mis en évidence les lacunes institutionnelles dans l'accompagnement des ÉI à l'UQTR. Ce plan

¹³ <https://uqo.ca/csipu/formation-camie> consulté le 10 juillet 2025.

a été élaboré en concertation avec plus de 1000 personnes, incluant les ÉI, le personnel administratif et les enseignants. Celui-ci révèle des ressources insuffisantes et un manque d'équité perçue dans l'accompagnement des ÉI, notamment la gestion de la mixité et le manque de personnels formés en interculturalité. Le PGI-EI (2025) a proposé des mesures, telles que les programmes de préaccueil des ÉI, la sensibilisation du corps enseignant à l'éducation inclusive et à l'interculturalité, la promotion de rencontres interculturelles et l'adaptation des services offerts :

Malgré leurs grands besoins, une majorité de Personnes étudiantes provenant de l'international (PEI) ne sollicitent pas l'aide requise. Il faut considérer et agir en tenant compte du fait que les PEI viennent de divers horizons culturels et peuvent avoir des perceptions, des croyances et des pratiques différentes en matière de santé mentale et de bien-être (PGI-EI, 2025, p. 26).

Cette mesure vise l'adaptation du service de psychologie de l'université aux réalités interculturelles, car, malgré sa disponibilité, il ne dispose en réalité d'aucune stratégie interculturelle.

Le service de psychologie de l'UQTR

À l'UQTR, le service de psychologie est spécialisé dans l'accompagnement émotionnel et psychologique des étudiants¹⁴. Sa mission consiste à sensibiliser, à prévenir et à intervenir en faveur du bien-être psychologique des membres de la communauté étudiante. Cette intervention est proposée durant les rencontres individuelles avec les

¹⁴ https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=5950 consulté le 13 mars 2025.

intervenants psychosociaux, les psychoéducateurs, les psychologues et les sexologues présents sur le campus. De plus, le service offre des ateliers de groupes autour du bien-être, de la gestion du stress et de la pleine conscience (Korsa, Zénith), des chroniques thématiques, des interventions d'urgence et un programme de pairs aidants.

La brigade Re-pairs UQTR ¹⁵ est un réseau de pairs aidants mis en place à l'hiver 2023 qui soutient le bien-être de la communauté étudiante par différentes initiatives, telles que le soutien à la transition aux études supérieures, la promotion de la santé mentale positive, et le travail de corridor¹⁶. Sa mission est de repérer les étudiants en détresse et de les orienter vers les ressources disponibles. En s'installant à divers endroits sur le campus avec le salon mobile constitué de chaises de camping, d'une natte et des collations à offrir, les membres de la brigade Re-pairs se rendent visibles et accessibles à la population étudiante. Durant l'hiver 2025, la Brigade Re-pairs, composée de 24 étudiants, était présente sur les campus de Trois-Rivières et Drummondville, représentant un éventail de programmes universitaires, y compris des ÉI. Depuis l'automne 2025, la brigade dispose d'un local aménagé comme un espace bienveillant et sécurisant où les étudiants peuvent venir se confier, discuter ou jouer à des jeux de société.

¹⁵ https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=5950&owa_no_fiche=105 consulté le 14 juin 2025.

vidéo de présentation <https://urls.fr/pSIWph>

¹⁶ Une stratégie d'accompagnement qui consiste à faire le pont entre les étudiants et les ressources disponibles.

Échantillonnage

Notre échantillon est constitué de deux groupes de participants. Premièrement, nous visions des ÉI d'origine non occidentale inscrits à l'UQTR conformément à l'objectif de la recherche, qui est d'explorer les imaginaires de la santé mentale et du recours aux soins dans des contextes différents de ceux des sociétés occidentales. Selon le Glossaire Géoconfluences¹⁷, « l'Occident est un toponyme lié à la géopolitique, vague et courant, désignant, au départ de façon autocentrée, les pays d'Europe de l'Ouest et leurs prolongements en Amérique du Nord, voire l'Australie et la Nouvelle-Zélande ». Ainsi, la zone non occidentale pourrait comprendre les populations africaines, asiatiques, amérindiennes, latino-américaines, océaniennes, et celles du Moyen-Orient en raison de leurs histoires politiques, sociales, économiques et culturelles distinctes de celles de l'Occident. En plus de la diversité géographique et culturelle, l'étude prend en compte l'expérience des participants vis-à-vis des services de psychologie. Pour des raisons éthiques et juridiques, seuls les adultes légalement capables de consentir ont été invités à participer. Les étudiants ayant une proximité personnelle ou professionnelle avec la chercheuse ont été exclus pour éviter que des biais relationnels ne compromettent la recherche. Les étudiants s'autoévaluant en situation de vulnérabilité émotionnelle et ceux indisponibles durant toute la période de l'entretien ont été exclus. Aucune compensation financière n'a été offerte dans le cadre de cette étude.

¹⁷<https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/occident> consulté le 20 juillet 2025.

Les dix profils sélectionnés incluent six femmes et quatre hommes originaires d'Haïti, du Cameroun, du Gabon, de la Côte d'Ivoire, du Niger et du Burkina Faso. Parmi eux, six sont âgés de 19 à 24 ans, tandis que quatre sont âgés de 26 à 35 ans. Leur durée de résidence au Canada varie entre neuf mois et deux ans. Ce sont des étudiants aux cycles d'études diversifiés : six ÉI au premier cycle, trois au deuxième et un au troisième. Ils sont inscrits aux programmes suivants : administration des affaires, informatique, génie mécanique, lettres, sciences comptables, gestion de projets.

La deuxième catégorie de participants est constituée de cinq professionnels intervenants auprès des étudiants de l'université. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur champ d'intervention spécifique, en lien avec des facteurs reconnus de fragilisation de la santé mentale des ÉI. Les professionnels dont l'expérience auprès des ÉI n'est pas significative ont été exclus. Les profils retenus comprennent des conseillers en orientation, au soutien à l'apprentissage, en accueil et intégration, en immigration et une infirmière. Leur contribution permet d'obtenir une compréhension plus approfondie des réalités vécues par cette population et d'identifier des pistes d'amélioration pour mieux répondre à leurs besoins en matière de santé mentale.

Outils de collecte de données

L'observation

L'observation constitue une méthode centrale en recherche qualitative, puisqu'elle permet de saisir les phénomènes dans leur complexité, à travers les comportements, les interactions et les dynamiques sociales *in situ*. Elle offre un accès privilégié à la subjectivité des acteurs et à la construction des significations dans leur contexte (Mucchielli, 1994). Dans cette recherche, l'observation s'est déployée de manière informelle et participante, en cohérence avec notre posture de chercheuse et notre trajectoire en tant qu'étudiante internationale.

Deux mois après notre arrivée à l'UQTR, une première consultation auprès d'une intervenante psychosociale nous a permis de nous sentir écoutées et comprises, bien que nous n'ayons pas poursuivi tout de suite les suivis. Cette expérience a été motivée non pas par un besoin urgent, mais par une curiosité à l'exploration des ressources disponibles. Cette démarche proactive, effectuée dans un moment de relative stabilité émotionnelle, contraste fortement avec une période ultérieure de détresse, durant laquelle nous avons paradoxalement éprouvé des difficultés à solliciter de l'aide. Ce décalage entre la disponibilité des ressources et la capacité à y recourir en situation de vulnérabilité a constitué un point de bascule dans notre réflexion. Il a mis en lumière les mécanismes internes qui peuvent freiner l'accès à l'aide, même chez une personne informée et sensibilisée. En effet, notre compréhension de la santé mentale est profondément

influencée par notre formation universitaire au cours de nos premières années de baccalauréat en communication au Cameroun, à travers des cours d'introduction à la psychologie et de psychologie de la communication, nous avons intégré une vision inspirée des modèles occidentaux. Ces expériences personnelles ont été mises en dialogue avec les récits d'autres ÉI rencontrés dans divers contextes informels.

À l'automne 2024, notre implication au sein du salon d'accueil des ÉI et de la brigade Re-pairs nous a permis d'observer de manière plus systématique les réactions et les comportements liés aux enjeux de santé mentale. Elle relève de ce que Tétreault (2014) appelle l'observation participante, soit « [...] l'observation directe (*in situ* ou *in vivo*) des agissements et des interactions d'individus dans leur environnement quotidien par un chercheur, qui devient l'observateur » (Tétreault, 2014, p. 317). Ces observations, bien que non formalisées dans un protocole de recherche à ce moment-là, ont été réinterprétées a posteriori dans une perspective analytique et réflexive, deux faits marquants ont émergé de cette période.

Perceptions de la brigade Re-pairs et représentations de la diversité

Durant nos présences sur le campus, certains ÉI ont exprimé une forme de scepticisme quant à notre rôle au sein de la brigade Re-pairs. Pour certains, notre présence semblait incarner une diversité symbolique¹⁸, sans réelle représentativité. D'autres contestaient l'efficacité de la brigade et la réalité des confidences reçues. Pourtant, nous avons accueilli

¹⁸ À l'automne 2024, nous avons intégré la brigade Re-pairs et rejoint d'autres étudiants internationaux, toutefois, nous étions la seule étudiante racisée.

plusieurs ÉI, certains avaient besoin d'une écoute attentive, d'autres cherchaient à socialiser, tandis que celles qui traversaient des périodes de stress intense refusaient de recourir aux services psychologiques.

Rejet d'une sensibilisation directe

Lors de la semaine de prévention du suicide, une intervention réalisée dans le cadre de l'évènement Mozaïc a suscité une réaction négative : une présentation a été mal accueillie par certains étudiants présents. Ce rejet manifeste souligne les résistances culturelles et émotionnelles à l'évocation explicite de la santé mentale et du suicide, et interroge les modalités de communication adaptées dans un contexte interculturel.

Ces observations, bien qu'informelles, ont joué un rôle fondamental dans la construction de notre regard de chercheuse. Elles ont permis de mettre en lumière les enjeux communicationnels, culturels et institutionnels qui traversent les rapports à la santé mentale chez les ÉI. Elles ont également contribué à orienter notre problématique vers l'analyse de l'alliance relationnelle comme enjeu communicationnel intégrant les dimensions interculturelles et symboliques de la relation d'aide.

L'entretien

L'entretien désigne le moyen privilégié de collecte de données en recherche qualitative. Il se définit comme « [...] une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et

ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence » (Savoie-Zajc, 2008, p. 339). Dans cette étude, nous avons opté pour des entretiens semi-dirigés, permettant une interaction souple et empathique, guidée par un protocole d'entretien, mais ouvert à l'émergence de nouveaux éléments significatifs. Cette approche favorise la coconstruction du sens entre le chercheur et le participant, tout en respectant la singularité des récits. Afin de saisir la complexité des imaginaires des ÉI en lien avec la santé mentale, nous avons élaboré deux guides d'entretien distincts : l'un destiné aux étudiants, l'autre aux professionnels. Ces guides ont été conçus pour explorer des réalités spécifiques à chaque groupe, tout en permettant des points de convergence autour des imaginaires, des pratiques et des enjeux communicationnels liés à la santé mentale.

Entre le 14 août et le 26 septembre 2025, nous avons réalisé 15 entretiens en présentiel. La collecte de données a été précédée par une demande d'approbation éthique auprès du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CÉRÊH)¹⁹ de l'UQTR. Le comité nous a interdit de recruter directement sur le campus afin d'éviter toute forme de pression réelle ou perçue. Cette contrainte a entraîné une modification de notre plan d'action initial, nous poussant à élargir nos horizons en termes de lieux et de méthodes de recrutement. Nous avons ainsi exploré différentes options, telles que les trajets de bus, les terminus, le bouche-à-oreille, les recommandations de collègues, ainsi que les publications dans des groupes WhatsApp populaires auprès des ÉI (Mozaïc,

¹⁹ Certificat numéro CER-25-322-07-02 émis le 6 août 2025

COMPLICE, affiliations nationales). Pour les professionnels, le recrutement s'est effectué par courriel. Bien que notre plan initial prévoyait la participation des professionnels du service de psychologie de l'université, ceux-ci ont décliné l'invitation pour des raisons éthiques. Nous avons pu ajuster notre échantillon grâce aux recommandations d'autres professionnels rencontrés. Les entretiens ont eu lieu dans des espaces réservés à cet effet : une salle à la bibliothèque pour les étudiants, et les bureaux des professionnels pour ces derniers. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone emprunté à la bibliothèque et d'un téléphone portable en guise de dispositif de secours. Avant chaque rencontre, les objectifs de la recherche ont été rappelés, et les participants ont signé le formulaire d'information et de consentement, préalablement envoyé.

Réflexivité et posture du chercheur

Le journal de bord a été utilisé dès le début de notre recrutement, durant les entretiens et les analyses comme outil méthodologique. Il a permis de consigner de manière écrite le déroulement de notre terrain de recherche et garder des traces des événements, des idées, des faits et de pouvoir se regarder soi-même comme chercheur et observateur (Baribeau, 2005). Notre posture de chercheuse a été mise à l'épreuve dès le premier entretien, réalisé avec un professionnel. Cette expérience a suscité une réflexion sur notre manière d'interagir, notre positionnement, et les risques d'influence involontaire sur les réponses, « à certains moments de l'entretien, nous avons dû recadrer l'interviewé parce que les réponses se rapportaient à des thématiques différentes du sujet abordé. Nous

avons eu l'impression d'avoir influencé la recherche, mais l'interviewé nous a rassurés » (Journal de bord, 14-08-2025). Les entretiens suivants ont favorisé une maîtrise de notre posture, notamment lors des échanges avec les ÉI, où la proximité vécue a parfois favorisé une forme de confiance et de résonance émotionnelle. Cette situation nous a rappelé la nécessité de maintenir une distanciation critique entre le chercheur et son objet d'étude. Cela illustre les tensions entre proximité et objectivité, émotion et rigueur, qui traversent la démarche qualitative.

Analyse des données

Les enregistrements audios ont été transcrits à l'aide du logiciel Word, puis vérifiés à plusieurs reprises par la chercheuse. Les verbatims ont été conservés dans leur intégralité, incluant les éléments de langage non verbal (silences, rires, hésitations), considérés comme des indices précieux pour la compréhension des imaginaires et des affects des participants. Conformément à notre démarche abductive, aucune grille de codage n'a été conçue avant le terrain. L'analyse s'est construite progressivement, durant les transcriptions, les lectures flottantes et les lectures approfondies des verbatims, permettant de faire émerger des thèmes significatifs en lien avec notre objet de recherche. Cette posture est cohérente avec notre volonté de laisser les données parler d'elles-mêmes, tout en mobilisant notre sensibilité théorique et réflexive.

L'analyse des données s'est appuyée sur une logique thématique, qui vise à « [...] procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen

discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens ou de divers types de documents » (Paillé et Mucchielli, 2021, p. 270). Cette méthode ambitionne de découper les données en unités de sens, à les relier à des significations, et à mettre en forme les ressemblances, les complémentarités et les divergences entre les discours des participants. L'analyse thématique permet ainsi de dégager les structures latentes des imaginaires liés à la santé mentale chez les ÉI. De plus, le logiciel NVivo a été utilisé pour faciliter le codage, la classification et l'organisation des données. Le codage manuel a permis une flexibilité dans l'ajustement des codes au fur et à mesure de l'analyse, en fonction de l'évolution des réflexions et des thématiques émergentes. Les résultats ont été organisés en catégories, certaines transversales aux deux groupes de participants (étudiants et professionnels), tandis que d'autres étaient propres à leur expérience individuelle, ces derniers seront présentés dans le chapitre suivant.

Chapitre IV : Résultats

Ce chapitre présente les résultats d’entrevues menées auprès de deux groupes de participants. Le premier est constitué d’ÉI originaires d’Afrique et d’Haïti inscrits à l’UQTR, et le second de professionnels œuvrant en relation d’aide auprès d’eux. Il met en évidence les principaux thèmes abordés, tels que la perception de la santé mentale, les défis d’adaptation et les interactions sociales dans un contexte interculturel. Le codage thématique a permis d’identifier des thèmes propres à chaque groupe de participants et des thèmes communs qui reflètent la symbiose entre les discours des étudiants et des spécialistes. Notre objectif est de mettre en lumière la richesse des expériences et des points de vue, tout en posant les bases pour une analyse interprétative.

Résultats des ÉI

Les entrevues menées auprès des ÉI ont permis d’identifier plusieurs thèmes propres à leur expérience migratoire et à leur rapport à la santé mentale. On compte parmi ces thèmes les raisons pour lesquelles ils ont choisi le Québec ou l’UQTR, leurs premières impressions à leur arrivée, ainsi que leurs imaginaires de la santé mentale. Le tableau suivant présente leurs définitions de la santé mentale et les facteurs associés à une bonne et à une mauvaise santé mentale. Puis, il expose les imaginaires personnels de la santé mentale et comment ils se distinguent des perceptions dominantes dans leur pays d’origine. Finalement, il présente les facteurs qui ont façonné ces imaginaires, en tenant

compte de leurs contextes socioculturels ou religieux, ainsi que de leur histoire migratoire antérieure au Canada dans des pays occidentaux (PO) et non occidentaux (PNO).

Tableau 1 : *Faits saillants en lien avec les imaginaires de la santé mentale*

	Définitions de la santé mentale	Perception personnelle de la santé mentale	Expressions de la détresse	Facteurs d'influences
ÉI1	État psychique dynamique, pouvant fluctuer selon les situations, indépendamment de la maladie, liée à la résilience et à la capacité d'adaptation.	Normalise les moments de mal-être et encourage à en parler aux proches.	« Ça me trouble psychologiquement » « Je reste dans mon coin » « Qu'est-ce que je fous là ? » Pleure	Livres Traumatisme social Expériences migratoires (PNO)
ÉI2	Tranquillité intérieure, associée à une bonne hygiène de vie et à la prévention des troubles dépressifs.	La vulnérabilité est une force, non une faiblesse, on devrait faire plus de sensibilisation.	« Je suis anxieux » « Ça m'a beaucoup gêné » « Ça m'a consumé » « Je voulais juste rester dans mon coin »	Vidéos de motivation Livres Expérience migratoire (PO)
ÉI3	Être bien dans sa tête, respecter les règles et éviter les comportements addictifs.	Penser positif et avoir une vie ordonnée.	« J'étais découragé » « Je voulais même repartir » « Des nuits blanches des fois je pleurais, je me disais je suis venu faire quoi dans ce pays ? »	Contexte socioculturel lié à la religion. Expérience migratoire (PNO)
ÉI4	État lié à la gestion des émotions et à	Être en phase avec soi-même.	« Tout était une difficulté » « C'était un peu compliqué »	Établissement d'enseignement français

	l'acceptation, impliquant introspection et travail sur soi.		« Je pleure » « Ça me stresse »	Éducation familiale Développement personnel et spirituel
ÉI5	Santé de l'enfant intérieur, fondée sur la gratitude, la responsabilisation et l'introspection.	Nourrir son enfant intérieur et reconnaître la dépression comme une réalité.	« Tu commences à sentir la pression » « Ça me perturbe »	Recours au service de psychologie de son pays
ÉI6	État psychique marqué par la résilience et l'absence de maladie ou d'idées suicidaires.	Importance de parler de santé mentale et de disposer de ressources suffisantes.	« C'était compliqué » « Je suis resté dans mon coin » « C'était vraiment pesant » « J'étais déboussolée »	Sensibilité personnelle Recours au service de psychologie UQTR
ÉI7	Équilibre psychique, intégration sociale, résilience et absence de maladie.	Nécessité de consulter des professionnels pour prévenir la dépression.	« Crises de panique, Crises d'angoisse » « J'ai vraiment commencé à ressentir des signes de dépression » « Je l'ai pas géré, j'ai subi. [...] toutes les séquelles, toute seule, en essayant de cacher ça. »	Traumatisme personnel Suivi psychologique de plus de deux ans dans son pays Expérience migratoire (PNO)
ÉI8	État de liberté intérieure et amour de soi.	Être en phase avec soi-même et reconnaître l'importance de parler des traumatismes.	« J'étais vraiment un peu déboussolée » « J'étais un peu nouvelle, perdue » « Je me sens souvent un peu seule » « J'ai perdu un proche qui était au pays. [...] c'était assez compliqué »	Expérience migratoire antérieure (PNO) Réseaux sociaux
ÉI9	État d'esprit et état intérieur,	Parler de santé mentale est	« J'étais trop embrouillée »	Vidéos de motivation

	centré sur la résilience, la gratitude et la motivation.	essentiel pour maintenir l'équilibre.	« C'était un cafouillage dans mon cerveau » « Je suis tout le temps fatiguée, je veux seulement dormir [...] je pleure »	
É10	Santé mentale comparable à la santé physique, impliquant l'absence de maladie.	Normaliser les moments de mal-être et encourager la demande d'aide.	« C'était très compliqué » « C'était horrible, c'était un calvaire » « ça m'a fatigué mentalement, je me sentais seule » « Je suis en train de pleurer tous les soirs »	Éducation familiale Établissements d'enseignement français Expérience migratoire (PO) Recours au service de psychologie UQTR

Motivations

Trois raisons ont été avancées par les participants pour expliquer leur décision de s'inscrire aux études supérieures au Québec. Premièrement, la langue apparaît comme un facteur déterminant « ÉI2 : La première chose, c'est d'abord la langue, disons-nous la vérité ». Puisque les participants sont tous francophones, ils souhaitent poursuivre leurs études dans un environnement où la langue ne serait pas un frein. Par conséquent, le Québec a été choisi à la place de la France en raison de la réputation des diplômes canadiens et de la présence de membres de leurs familles sur place.

Premières impressions

La moitié des participants est arrivée pour la session d'hiver, ainsi, le premier contact s'est fait avec l'hiver et la neige. Un participant témoigne : « ÉI5 : Le froid est vraiment pire que dans les films et c'est inarrêtable, c'est vraiment insupportable ». Comme lui, d'autres participants ont évoqué la météo comme difficulté, parfois en début de séjour ou plus tard. En outre, certains participants ont souligné les défis liés à la recherche d'un logement approprié ou à la compréhension du fonctionnement des transports en commun de la ville, en particulier les horaires de bus et les arrêts. Malgré ces premières barrières, les étudiants ont apprécié l'architecture, le mode de vie écologique « ÉI10 : j'aimais le fait qu'ici, ce soit très vert », l'université, la taille de la ville, son calme et son caractère propice aux études. Ces impressions initiales illustrent certaines phases du choc culturel.

Les définitions de la santé mentale

Les participants ont tenté de définir la santé mentale et d'expliquer ce qu'elle représente pour eux. Les résultats indiquent que la santé mentale se réfère à la santé de l'esprit et l'épanouissement mental, comme l'exprime ce témoignage « ÉI3 : santé mentale ? (Silence) santé mentale, être bien dans sa tête psychologiquement, penser positivement, genre, être serein, les trucs comme ça. Avoir la paix d'esprit ». Une autre participante affirme :

ÉI8 : Oh (rire) vrai dire, j'ai pas de définition en tant que telle. Mais pour moi, la santé mentale, c'est vraiment être bien pas seulement physiquement, parce que c'est pas le physique seulement qui compte, mais aussi l'intérieur. Tu peux, par exemple, être bien devant les gens, mais à l'intérieur, ça va pas, tu meurs un peu, tu te détruis.

Pour ces participants, la santé mentale est principalement un état positif qui établit le statut émotionnel de la personne, un autre participant nuance cette définition : « ÉI1 : c'est un état qui peut être positif ou négatif, qui témoigne de l'état psychologique, psychique de l'individu dans un contexte donné, par rapport à ses réalités, en lien avec ses capacités physiques et mentales ». La santé mentale est donc corrélée à la résilience et celle-ci apparaît comme un indicateur de bonne santé mentale, comme le montre cet extrait :

ÉI7 : Je pense qu'une personne en bonne santé mentale, c'est une personne épanouie tout simplement, une personne qui a assez, est-ce que je peux dire Mmm... de résilience pour supporter les intempéries de la vie et toutes les exigences de la vie aussi, c'est-à-dire les imprévus ou les pressions que la personne peut rencontrer.

Outre la résilience, d'autres éléments, tels qu'une bonne hygiène de vie, une capacité d'introspection et d'épanouissement, une gestion efficace des émotions, l'acceptation de soi et la gratitude envers la vie et ses bienfaits, sont des indicateurs d'une bonne santé mentale. En revanche, une mauvaise santé mentale se caractérise par une faible résilience et l'accumulation de facteurs de risque, une participante affirme :

ÉI6 : Une mauvaise santé mentale, c'est quand [...] tu as un problème ou des petits soucis qui commencent à genre à se réunir ou à s'accumuler tout d'un coup, puis à un moment, tu es là, tu penses à tous ces problèmes en même temps, et tu

commences d'abord à avoir des signes. Genre peut être perte d'appétit, amaigrissement, tu es soucieuse, tu n'arrives plus à sociabiliser [...] tu te sens abandonné.

Une mauvaise santé mentale peut aussi faire référence à la présence de maladies mentales « ÉI2 : mais quand on a un problème de santé mentale, on disjoncte en fait, on peut se perdre, on peut dire n'importe quoi parce que le cerveau n'est pas en place ». Elle est également relative à la présence d'idées suicidaires, un déni de soi, des comportements addictifs, une baisse de motivation et l'incapacité à prendre ses responsabilités. Ces caractéristiques révèlent la polysémie du concept de santé mentale.

Résultats des professionnels

Motif de consultation

Au cours des entrevues menées avec les professionnels œuvrant en orientation, en immigration, en accueil et intégration, en apprentissage, ainsi qu'une infirmière, plusieurs thèmes ont été identifiés, notamment les raisons qui amènent les ÉI issus de contextes non occidentaux à solliciter leurs services. Celles-ci incluent les défis liés à l'adaptation au système éducatif québécois, la mise à jour des documents d'immigration, les processus du choc culturel et les défis bio psychosociaux. De plus, des problématiques liées à l'exclusion, au changement ou au choix du programme d'études perturbent le parcours scolaire des étudiants, un professionnel témoigne :

Pro 5 : [...] Peut-être même un exemple, je dirais pas typique là, mais qui est quand même arrivé plusieurs fois au cours des dernières années. C'est des étudiants qui rentrent en biologie médicale parce qu'on leur a dit soit par une agence au pays ou je ne sais pas de quelle manière, mais qu'ils pourraient accéder à la médecine par biologie médicale. C'est arrivé assez fréquemment qu'ils soient référés [au service] un peu comme si c'est nous qui leur apprenons que c'est pas comme ça qu'on devient médecin au Canada.

En effet, certains ÉI ne semblent pas conscients des implications de leurs choix de programme sur leurs perspectives de carrières.

L'alliance relationnelle

Sur nos cinq professionnels, trois d'entre eux ont développé des compétences interculturelles dans la pratique, les deux autres ont une formation interculturelle en plus d'une sensibilité préalable pour l'un et de l'appartenance à une communauté racisée pour l'autre. Ils ont évoqué les stratégies efficaces qu'ils utilisent dans le cadre de leurs interactions avec les ÉI qu'ils soutiennent. En effet, celles-ci correspondent à leurs compétences humaines, sociales et parfois interculturelles. Premièrement, on note la curiosité, car les participants démontrent de l'intérêt pour les étudiants en posant des questions sur eux, leurs intérêts, leurs passions, et en faisant des suivis, comme en témoigne cet extrait :

Pro 3 : pour vrai, je suis quelqu'un qui est très curieux de nature, puis c'est pas une curiosité qui est déplacée, c'est toujours pour mieux comprendre d'où part l'étudiant [...] pour l'amener à progresser, cheminer. Donc, je vais poser beaucoup

de questions pour comprendre quelles sont ses perceptions, ses représentations, quels sont ses besoins.

Outre la curiosité, d'autres spécialistes démontrent une grande sensibilité et une capacité d'adaptation. Ils ajustent leurs méthodes d'intervention aux étudiants qu'ils rencontrent, en établissant parfois un lien entre les cultures et les pratiques :

Pro 2 : On a beau dire l'importance de manger trois repas par jour équilibrés, mais souvent, les étudiants [...] ils savent pas c'est quoi nos aliments [...] les aliments sont différents. Est-ce qu'on est capable d'aller chercher des aliments pour commencer ? On va simplifier la tâche [...] qu'est-ce qu'on a en commun comme aliments ?

Un autre élément qui apparaît dans la relation entre les ÉI et les professionnels est la communication claire. En effet, ils font preuve d'écoute active et donnent de l'espace à l'étudiant pour nommer ses besoins. De plus, ils prennent le temps de clarifier leurs rôles et leurs limites ainsi que le fonctionnement des services. Parfois, ils expliquent des notions complexes, d'autres fois, ils utilisent des termes génériques, un professionnel souligne : « Pro 5 : c'est pas spécifiquement associé à parler de la santé mentale en même temps, mais des différentes facettes on va dire de la vie d'étudiant ». Aussi, ils s'ajustent en permanence pour répondre à leurs besoins, sans se précipiter à formuler des jugements hâtifs : « Pro 1 : pas prendre pour acquis que l'étudiant connaît exactement quel est mon rôle, puis comment que je peux répondre à 100 % à leurs besoins ».

Un autre élément intéressant est l'orientation. En cas de détresse, les professionnels misent sur une approche qui valorise le consentement de l'étudiant en respectant sa décision de se rendre au service de psychologie ou non, en lui présentant les

avantages de cette démarche et en respectant ses limites. Lorsque l'étudiant est d'accord pour demander de l'aide, ils l'accompagnent personnellement au service afin de rendre la démarche plus chaleureuse et empathique. D'autres fois, les étudiants semblent plus réfractaires à cette orientation. Ils mentionnent également que bâtir une relation horizontale semble favoriser les interventions. Enfin, l'appartenance à une communauté racisée permet de créer un climat de confiance immédiat, comme le souligne cette conseillère :

Pro 4 : [...] Je suis certaine que c'est le seul fait d'être une personne aussi issue de l'immigration. Ils me voient ou ils lisent mon nom et ils se disent bah, c'est comme moi alors, tu vois, il y a un sentiment comme de proximité parce qu'on est pareil, on a vécu les mêmes processus, on a perdu nos repères [...] on s'est battu seul ici, donc je pense qu'il y a une certaine identification avec moi.

Selon le récit des intervenants, ces éléments permettent de créer une relation de confiance avec des objectifs qui répondent aux besoins des étudiants. Pour prouver l'efficacité de leurs stratégies, ils signalent que les étudiants reviennent souvent les rencontrer, et, lors des premières séances, certains ÉI disent avoir été référés par d'autres étudiants. Toutefois, un professionnel a remarqué une pudeur chez certaines étudiantes, celles-ci semblent mal à l'aise de se retrouver seules face à un homme dans un bureau dont la porte est fermée, ce qui tend parfois à compliquer l'intervention.

Cadre de références

En réponse à la question « seriez-vous favorable à la création d'un cadre de références partagé entre les étudiants et les professionnels de la santé mentale ? », les participants ont exprimé leur enthousiasme : « Pro 5 : ça serait une super belle initiative ! Oh, je serais totalement favorable, à 110 % ! Si je pouvais, j'aimerais y participer ». Pour les cinq spécialistes, un cadre de références dépasse le domaine de la psychologie, et prend en compte toutes les différences dans la compréhension de la vie : par exemple, ils constatent que des termes comme le plagiat ou la notion de retard ont des conceptions différentes selon les personnes et les contextes. Un cadre de références permet de sortir de la vision ethnocentrée du monde et de la santé mentale.

Pour mettre en œuvre cette idée, ils élaborent trois stratégies. Tout d'abord, il s'agit de développer les compétences interculturelles du personnel enseignant et administratif. Ensuite, il est question de créer un forum pour recueillir les opinions des ÉI en acceptant leurs points de vue, même s'ils sont différents de ceux de la société d'accueil. En effet, une experte précise que les personnes issues de contextes non occidentaux ne sont pas habituées au politiquement correct et ont tendance à dire exactement ce qu'elles pensent, ce qui peut être mal perçu par les membres de la communauté d'accueil. Pour elle, cette réalité fait craindre aux institutions de donner la parole aux ÉI. Le cadre de références devient une plateforme permettant aux étudiants de s'exprimer librement et d'engager des discussions authentiques. Elle envisage ce cadre comme une rencontre universitaire qui ne se concentre pas sur la santé mentale, mais qui met en évidence leurs besoins. Elle propose également la collaboration des enseignants de l'université qui ont

une expertise des enjeux interculturels. Cette idée est partagée par les autres professionnels qui imaginent le cadre de références comme un document avec deux visions : « vision société québécoise », et « visions ÉI ». Le cadre doit davantage mettre en valeur les points de vue des ÉI et leurs imaginaires. Ils pensent à des fiches instructives et colorées qui pourraient être disponibles en ligne et être affichées à l'université.

Résultats communs aux deux groupes

Plusieurs thèmes communs aux deux groupes émergent des entretiens. Tout d'abord, les défis biopsychosociaux, qui tiennent compte des réalités du choc culturel. Ensuite, les imaginaires de la santé mentale, ainsi que du recours au service de psychologie, en abordant les obstacles, les stratégies d'adaptation, les besoins exprimés, les stratégies institutionnelles et les facteurs de succès.

Les défis biopsychosociaux

Tous nos participants ont vécu des périodes éprouvantes sur le plan psychologique à divers moments de leur cheminement. Celles-ci sont dues à plusieurs facteurs, notamment la frustration d'avoir à recommencer ici après avoir tout laissé derrière, les défis financiers, l'éloignement avec la famille, la solitude, le deuil, le choc culturel, la gestion concomitante des études et du travail, la pression familiale, la complexité du renouvellement des documents d'immigration et les relations amoureuses non

fructueuses. Ces périodes de grande vulnérabilité entrent en résonance avec le discours des professionnels.

Difficultés biologiques et psychologiques

Les défis biologiques sont un indicateur d'enjeux psychologiques sous-jacents. En effet, les spécialistes remarquent que certains ÉI sautent un ou plusieurs repas par jour et souffrent d'insomnie. Cette situation entraîne une baisse significative de leur concentration et de leur énergie. Cela est illustré dans ce passage : « Pro 2 : ça pourrait être un exemple au niveau du sommeil, un étudiant qui est anxieux dormait moins. Il essayait de laisser aller, mais finalement, des fois peut apparaître des idées suicidaires ou c'est des exemples que je pouvais avoir, ou perdre l'appétit ». D'un autre côté, les étudiants ressentent une certaine frustration, car ils ont l'impression de devoir tout recommencer à zéro, malgré leur passé bien rempli et leur statut social plus élevé :

ÉI1 : Tu te dis que t'es en retard [...] t'as pas fait le bon choix peut-être parfois, donc mentalement c'est un peu ça. Tu te poses des questions sur ton avenir, sur tes choix un peu, mais c'est ça. Et puis, parfois tu te dis qu'est-ce que ça va donner. Je suis quelqu'un d'émotionnel, désolé, hein, en fait (pleure) donc, c'est ça, c'est tu avances, les gens te voient réussir. On dit oh on est fier de toi, mais toi, parfois t'es pas fier de toi (renifle) parfois t'es pas fier, tu dis dans quoi tu t'es mis.

Les défis universitaires

Sur le plan universitaire, les étudiants font face à de nombreux défis, le principal étant l'acclimatation au système éducatif québécois. Pour plusieurs d'entre eux, c'est une double adaptation, car ils n'avaient pas de formation universitaire dans leur pays d'origine. Ils ont dû s'arrimer à un système différent de celui auquel ils étaient habitués et qui exige une plus grande implication qu'au secondaire. Pour d'autres, la conciliation études et emploi est une épreuve supplémentaire dans le processus d'adaptation. En outre, l'anxiété de performance exacerbée par la pression familiale ou la concurrence dans les programmes d'études est mise en évidence par une professionnelle qui raconte :

Pro 3 : Puis elle [l'étudiante] me dit bon, j'ai écouté vos conseils. À la pause, je suis allée voir les étudiants, je leur ai demandé, comment se fait-il que vous connaissiez toutes les réponses aux questions alors que vous ne semblez pas concentrés, pas attentif? Et là, les étudiants ont répondu, ah, mais c'est facile, le professeur il fait de la révision en ce moment. Tout ce qu'il enseigne, nous, on l'a vu au cégep et l'étudiante me disait, Madame [...] je vous jure, je ne suis pas inculte, je suis intelligente, je connais des choses, mais là, j'ai l'impression que les étudiants du Québec sont beaucoup plus évolués, plus avancés que moi dans leurs apprentissages [...] En fait, c'est que l'étudiante là remettait en question son projet d'étude à l'étranger.

En plus de l'anxiété de performance, le renouvellement des documents d'immigration influence le parcours scolaire, une participante s'exprime « ÉI9 : déjà, j'avais la pression de mes papiers. En fait, pour moi, mes papiers étaient plus importants que mes études

parce que je me disais ah si mon permis expire [...] je vais pas pouvoir fréquenter ²⁰ ». En réalité, l'étudiante possédait un permis d'études d'un an pour un programme d'une durée de trois ans. Cela a grandement influencé son bien-être dès le début de son cheminement.

Pour les professionnels, les échecs scolaires et les exclusions de programme représentent de grandes sources de stress pour les ÉI. Cette situation est exacerbée par la précarité migratoire. En effet, certains ÉI ne comprennent pas toutes les implications de leur statut à leur arrivée, alors, les révisions constantes des politiques d'immigration, notamment sur le droit de travail, le permis de travail postdiplôme ou la résidence permanente peuvent rapidement les submerger. Cela s'explique par le fait qu'un grand nombre d'ÉI ne dispose pas d'informations fiables sur les questions relatives à l'immigration. Par conséquent, des situations simples se compliquent en raison de conseils en immigration reçus par des canaux peu fiables, notamment leurs amis ou les réseaux sociaux. Cette circonstance entraîne la prolongation de leur cursus ou des difficultés durant le renouvellement de leurs documents d'immigration. Ces facteurs combinés à la déqualification académique et aux démarches de reconnaissance des acquis fragilisent le bien-être psychologique de certains ÉI.

²⁰ Fréquenter : expression qui signifie être aux études.

Les difficultés sociales

Sur le plan social, la première difficulté que certains ÉI rencontrent est l'autonomie. En effet, pour plusieurs d'entre eux, venir étudier au Canada implique un passage automatique à la vie d'adulte, notamment vivre désormais seul ou en colocation avec des personnes inconnues, de devoir gérer le budget, de se prendre en main. Les professionnels corroborent cette réalité et mettent en évidence l'importance du cadre familial dans de nombreuses cultures non occidentales. En outre, les problèmes financiers, la recherche infructueuse d'un emploi, les limites d'heures imposées par le permis d'études et le paiement des frais de scolarité sont abordés par les deux groupes. Un étudiant témoigne « ÉI1 : au début, j'avais les poches vides, j'étais rentré avec les moyens pour pouvoir financer une première session d'études. Après, j'avais plus rien d'autre ». Un autre exprime sa frustration de devoir travailler pour subvenir à ses besoins :

ÉI3 : Mes premiers jobs, c'était pas ça. C'était pas ce que je voulais genre, mais j'étais obligé pour payer le logement ou un truc comme ça. Déjà ça a coïncidé au pays avec le coup d'État. Donc, les banques, on pouvait pas envoyer de l'argent depuis le pays.

Ensuite, la solitude a été évoquée par les étudiants et les professionnels. Elle se manifeste notamment par la séparation avec la famille, qui est particulièrement éprouvante durant les périodes festives (fêtes de fin d'année, anniversaires, etc.). Cela s'explique par l'individualisme prédominant dans la société d'accueil, un étudiant affirme : « ÉI2 : je me rends compte qu'ici, il y a plus d'individualisme, chacun dans son coin, chacun de son côté. [...] je me dis peut-être, c'est le système du pays en fait ». Les relations jugées

superficielles avec les autres étudiants et les membres de la communauté d'accueil renforcent cette impression. Les participants mentionnent également la perte d'un être cher comme facteur déterminant. En effet, poursuivre des études à l'étranger rime avec la peur de perdre un proche et de ne pas avoir l'occasion de dire adieu, car la possibilité de retourner au pays durant cette période n'est pas toujours évidente. Pour deux de nos participantes, le deuil vécu une à deux reprises les a considérablement ébranlés. Enfin, d'autres facteurs, tels que les relations amoureuses et les microagressions, contribuent aux difficultés sociales rencontrées par les étudiants.

Les imaginaires de la santé mentale et du recours aux soins

Les étudiants que nous avons rencontrés ont partagé leurs imaginaires et ceux véhiculés dans leurs cultures, leurs milieux ou leurs pays d'origine sur la santé mentale et les services psychologiques. Ceux-ci sont appuyés par les propos des professionnels même si nos participants ne sont pas nécessairement en accord avec ces conceptions.

Imaginaires spirituels

Tout d'abord, on remarque les imaginaires spirituels de la santé mentale. En effet, dans les sociétés et les familles où la religion tient une place prépondérante, la santé mentale possède une dimension religieuse. Les difficultés de la vie sont perçues comme des épreuves divines, et la solution émane donc de la divinité. Dans le cas contraire, cela

peut être interprété comme une diminution de la foi. Pour les professionnels, la pratique intensive d'une activité religieuse peut être le signe qu'un étudiant traverse une phase difficile, si celui-ci fait plus allusion à sa foi que d'habitude. De plus, la santé mentale est influencée par des aspects plus mystiques et spirituels, nécessitant des thérapies traditionnelles. Parfois, ces imaginaires s'emboîtent comme c'est le cas dans cet extrait :

ÉI4 : Bon [dans mon pays], on est chrétien [...] donc c'est une éducation à la chrétienne. [...] Donc, par rapport à la religion, la santé mentale, c'est Dieu, et par rapport à la culture, la santé mentale, c'est si t'as des esprits ou non, si t'as de bons esprits qui t'accompagnent ou non, si t'as fréquenté des endroits qu'il ne fallait pas ou non, si t'as les bons guides ou non, c'est vraiment ça, mais sinon c'est toujours, la santé mentale est liée au spirituel. [...] si elle [une personne] est suicidaire, elle a besoin de Dieu, ou bien elle a besoin d'aller se laver le corps²¹.

Une question de couleur et de tabous

Dans les pays d'origine de nos participants, la santé mentale est perçue comme une problématique de blancs, éloignée des préoccupations et des réalités des autres groupes. Une étudiante raconte « ÉI8 : hum (rire) chez moi au pays, si tu parles de santé mentale, on te voit entre griffes comme un enfant de blanc ». Pour un autre participant : « ÉI2 : ils vont dire pars là-bas avec les choses des blancs là, ça c'est le mot, c'est les choses des blancs, comme s'il y a des choses qui sont définies pour les blancs et d'autres pour les noirs ». Ce facteur revêt une importance particulière dans les cultures où la santé mentale

²¹ Rituel de purification

est entourée de préjugés, parfois elle est tout simplement ignorée, d'autres fois, elle est cachée. Une participante s'exprime : « ÉI10 : du coup, genre même de manière générale [dans mon pays], ça n'existe pas, c'est quelque chose que tout le monde tait, c'est un tabou. Il y a le concept de la hachouma²² chez nous, c'est genre tout est tabou ». En effet, c'est tabou, c'est honteux de ne pas aller bien, d'avoir mal, d'être stressé alors qu'on a un toit sur la tête et de quoi se nourrir. Ce point de vue est largement partagé par les professionnels qui ajoutent que la santé mentale est porteuse d'une connotation négative au sein de la communauté internationale, jugée non essentielle, un alibi pour éviter de faire face aux problèmes réels de la vie.

Cette situation résonne avec le recours aux services de psychologie, dans ces circonstances, la demande d'aide semble futile : « ÉI6 : et même si tu dis à ton ami que non, j'ai rendez-vous avec mon psychologue, il va te demander, toi même tu gaspilles ton argent, ça c'est quoi ça ? Allons boire une bière, et ça passe ». Cela s'explique par la conviction que la psychologie n'est pas aussi développée dans leur pays d'origine qu'au Canada. Ils soutiennent que la santé mentale est rarement abordée dans les médias, dans les écoles, et remettent en question l'existence de programmes d'études dans ce domaine dans leurs pays. Pour d'autres, les doutes portent sur le nombre de professionnels exerçants dans le domaine : « ÉI5 : je pourrais le confirmer, mais je ne suis pas sûr qu'il y ait à peine trois ou cinq psychologues [dans mon pays] ». Nos participants estiment qu'au Canada, il y a beaucoup plus d'aide et de ressources disponibles. Ils soulignent que les

²² La honte

personnes nées dans cet environnement y sont habituées puisque cela fait partie de leur culture, pourtant, chez eux, la résilience est valorisée.

Résilience et masculinité

Selon les résultats, les hommes provenant de sociétés qui acclament la résilience ont de grandes difficultés à se montrer vulnérable comme le décrit cette participante : « ÉI9 : les hommes n'aiment pas accrocher à leur personnalité la sensibilité, ils n'aiment pas qu'on les voie sensibles en fait, ils aiment se montrer toujours homme fort, dur et tout, insensible ». La question de la santé mentale ne se pose pas ici, car la résilience est la norme absolue. Un autre participant explique que les hommes sont contraints à la résilience dans son pays. Il n'est pas normal pour un homme de pleurer ou de se montrer vulnérable. Cette situation favorise la culpabilisation des personnes en détresse puisqu'elles sont perçues comme faibles : « ÉI5 : pourquoi est-ce que tu te sens comme ça ? Tu n'as qu'à te lever et puis faire ce que tu as à faire ». Aller bien semble être une décision personnelle qui ne relève d'aucun autre facteur. La résilience est attendue de tous, mais beaucoup plus des hommes.

Auto-évaluation et stigmatisation

Selon certains professionnels, les ÉI peuvent éprouver des difficultés à identifier et à nommer leur mal-être en raison des imaginaires de la santé mentale. De leur côté, les

ÉI semblent conscients de leur mal être, mais ils ne se trouvent pas encore dans la phase de légitimation du recours à l'aide. En effet, solliciter les ressources psychologiques, c'est avoir atteint un point de rupture, car, cette démarche semble être l'ultime solution, à laquelle il faut s'efforcer de ne pas recourir. Une participante affirme :

ÉI7 : Quand on a un problème, c'est-à-dire émotionnel ou d'ordre trouble mental, par exemple, personne ne va jamais te conseiller d'aller voir un psychologue, même si c'est ta famille, ton entourage, parce que pour eux, ce n'est pas une raison suffisante pour aller consulter un psychologue, parce que ce n'est pas encore la phase critique.

Ce témoignage montre que l'auto-évaluation de la santé mentale repose sur un principe en trois étapes. Dans la première étape, l'étudiant se sent en bonne santé, il est capable d'apprécier la vie et démontre une grande résilience. Dans la deuxième étape, il réalise qu'il ne va pas bien, mais ce n'est pas encore assez grave pour justifier qu'il demande de l'aide. Un professionnel le confirme : « Pro 5 : donc, tu sais, moi, je pleure, mais mes problèmes ne sont pas si grands que ça. Tu sais, je l'ai déjà entendu ». Enfin, dans la troisième étape, l'étudiant va mal et il est devenu socialement et culturellement acceptable de demander de l'aide.

De plus, l'absence de représentation sociale de ressources pour les problèmes non pathologiques accentue cette tendance. En effet, les services de psychiatrie existent et sont connus, ce qui renforce la ligne floue entre la santé mentale et la maladie mentale. Certains étudiants associent la santé mentale à la maladie mentale, à la folie, aux personnes qui se promènent nues et semblent avoir perdu la raison. Cela entraîne une forte stigmatisation

et la création de tabous autour de la vulnérabilité et de la santé mentale. Par ailleurs, un participant mentionne que la santé mentale n'est pas un tabou dans son pays, il déclare : « ÉI3 : la plupart de ceux qui ne sont pas bien mentalement, genre ce sont les addictifs, genre ceux qui fument ou bien qui prennent de l'alcool, à part ça, c'est correct, c'est pas un tabou ». Tous ces facteurs constituent les imaginaires de la santé mentale selon la perception de certains ÉI et des contextes sociaux, culturels, et spirituels dans lesquels ils ont grandi. Ceux-ci déteignent sur la volonté et la légitimité du recours aux services de psychologie.

Les obstacles du recours au service de psychologie

La méconnaissance des services

Selon les témoignages des ÉI et des professionnels, la plupart des ÉI ne connaissent pas les services offerts à l'université. Même lorsqu'ils savent qu'ils existent, ils ne comprennent pas toujours leur fonctionnement et ne savent pas comment ils peuvent répondre à leurs besoins. À la suite de ce constat, nous avons recontacté les participants qui ont évoqué des difficultés d'adaptation au système éducatif, et durant le renouvellement de leurs documents d'immigration. Nous leur avons demandé s'ils avaient eu recours au service du soutien à l'apprentissage et du conseil en immigration offerts au service aux ÉI. La plupart de nos participants ignoraient l'existence de ces services. Ceux qui connaissaient leur existence restaient peu informés sur le soutien concret que ces derniers pouvaient leur offrir. Seule une minorité a bénéficié des services. Cette situation

résonne avec le recours au service de psychologie, puisque tous nos participants connaissaient l'existence de ce service, mais peu comprenaient son fonctionnement. Cela constitue une première barrière à la demande d'aide.

Légitimité du recours et déni de compétence interculturelle

Pour les professionnels, la distinction entre état physique et état psychologique semble influencer la démarche thérapeutique des ÉI. En ce sens, il peut être plus facile de consulter pour un problème physique et visible que pour un enjeu psychique. De leur côté, les étudiants mentionnent qu'ils ne se sentent pas toujours légitimes de consulter. Tout d'abord, ils ne se reconnaissent pas dans les ressources proposées et ne s'y identifient pas comme le feraient des étudiants locaux « ÉI10 : je me suis dit est-ce que genre je suis le type de profil à aller consulter ? ». Nos participants mentionnent également qu'ils ne sont pas habitués aux services formels de psychologie, cela est également mis en évidence dans le témoignage de cette professionnelle :

Pro 3 : Il y a un étudiant qui me racontait ; je le sais que je ne vais pas bien. Mais dans mon pays, demander de l'aide, c'est très très très mal vu. Donc, ici aujourd'hui, à Trois-Rivières, si je décide d'aller chercher de l'aide, des ressources psychologiques, c'est comme de renier ma culture, de renier qui je suis. Et ça, jamais je ne vais faire ça. Tu sais si mes parents apprenaient ça.

D'autres professionnelles soulignent l'incompatibilité des services offerts aux besoins réels des ÉI, pour elles, les ressources actuelles répondent à une façon de faire très occidentale qui est centrée sur les besoins des étudiants locaux et ne prennent pas

suffisamment en compte ceux des ÉI. Ces propos contestent les stratégies interculturelles mises en place par les services universitaires, ce qui est également abordé par les ÉI. Selon certains ÉI, les professionnels du service de psychologie présents sur le campus, malgré leurs excellents parcours, peuvent éprouver des difficultés à comprendre des réalités différentes de leurs propres expériences. Ils estiment que les écarts culturels peuvent être trop importants et parfois mener à des conflits de valeurs, surtout si les problématiques abordées par les étudiants sont des sujets sensibles²³ dans la société d'accueil. De plus, d'autres ÉI mentionnent deux écueils de la psychologie occidentale, la sur médication, comme le montre cet extrait, « ÉI4 : [...] il y a tellement de pathologies ici que, pour tout et pour rien, on peut, enfin, pas pour tout et pour rien, mais pour tout, on peut te donner un traitement ». En outre, ils soulignent l'étiquetage systématique des personnes dues à une réelle évaluation clinique ou à des stéréotypes sociaux associés à certains troubles, notamment le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et le trouble du spectre de l'autisme (TSA).

La méfiance

Un autre obstacle à la demande d'aide pour des problèmes psychologiques est la méfiance. Certains étudiants s'inquiètent de la confidentialité de leurs informations et craignent que la consultation d'un psychologue puisse affecter leur dossier scolaire, voire

²³ Une participante a abordé l'homosexualité pour souligner le fait que certaines problématiques peuvent être acceptées dans certaines sociétés alors qu'elles sont condamnées dans d'autres.

leur dossier d'immigration. La croyance d'un système universitaire interconnecté où les informations s'actualisent automatiquement dans le dossier de chaque étudiant accentue cette appréhension. Cela est notamment exprimé par un professionnel : « Pro 5 : une forme de croyance où il y a méconnaissance [...], mais la croyance qu'on vérifie tout dans l'université ». D'autres étudiants, même s'ils sont conscients de la confidentialité de leurs données, sont réticents à l'idée de demander de l'aide par crainte de se dévoiler.

L'accessibilité

Quatre de nos participants ont envisagé de demander de l'aide, mais n'ont finalement pas agi dans ce sens pour des raisons d'accessibilité. La procrastination a été un facteur déterminant pour eux : ils manquaient de motivation, n'avaient pas de volonté ou ont tout simplement repoussé cette tâche à plus tard :

ÉI4 : Oui, j'ai déjà envisagé de consulter, mais les raisons pour lesquelles je ne l'ai pas encore fait pour l'instant, c'est la procrastination. Pendant toute l'année dernière, j'ai essayé de remplir le formulaire. Mais euh... j'ai remis à plus tard et à plus tard et à plus tard.

Pour les professionnels, l'accessibilité des ressources peut être un avantage ou un frein à la consultation « Pro 1 : un étudiant qui a besoin rapidement d'aide et qu'il faut qu'il remplisse un formulaire de plusieurs pages, c'est pas la priorité, donc c'est un des freins évidemment ». En somme, l'accessibilité des services en plus des facteurs recensés plus haut favorisent leur utilisation.

Stratégies informelles et gestion des facteurs de vulnérabilité

Pour faire face à leurs difficultés, les étudiants ont élaboré des stratégies d'adaptation à leur nouvel environnement. En ce qui concerne le froid hivernal, certains ont décidé d'améliorer leur garde-robe, tandis que ceux des cycles supérieurs ont choisi de ne sortir que lorsque c'est absolument nécessaire grâce à la possibilité d'assister aux cours en ligne. Pour favoriser la réussite scolaire, une participante a consulté la conseillère au soutien à l'apprentissage, tandis que les autres ont révisé leurs méthodes d'apprentissage seul ou en collaboration avec d'autres étudiants. Pour ce qui est du logement, comme la première expérience de colocation n'a pas été favorable, plusieurs ont choisi de déménager. Pour gérer la solitude, ils ont préféré se rapprocher de leurs communautés ethnoculturelles, se mettre à la lecture, faire du bénévolat, socialiser avec d'autres étudiants et participer aux activités universitaires, comme le programme Mozaic. En effet, les professionnels suggèrent que le programme Mozaic et la Brigade Re-pairs sont des stratégies universitaires efficaces pour faciliter la resocialisation des ÉI et combler leurs besoins en matière de santé mentale. Toutefois, une étudiante affirme : « ÉI9 : je vois plus qu'on met en avant l'intégration et tout, genre, venez, on va faire des activités d'intégration, on est plus au courant des activités d'intégration, genre, sorties, mais pas vraiment de santé mentale ». Ce point de vue est partagé par un autre étudiant qui affirme : « tu vois quand tu passes, tu vois la brigade Re-pairs, tu vois, c'est les curieux qui s'arrêtent, d'autres ils fuient ça parce qu'ils se disent, ah ils vont prendre mon temps, tu comprends ? ». Ce passage met en évidence la différence de perception entre les professionnels et les étudiants concernant les stratégies de réponses à leurs besoins. Enfin,

pour gérer leurs difficultés psychologiques et émotionnelles, certains se sont tournés vers leurs familles, amis ou colocataires, tandis que d'autres se sont appuyés sur leurs communautés religieuses, d'autres encore avouent n'avoir pas géré leurs difficultés, mais avoir gagné en autonomie.

Expérience de consultation et facteurs de favorisation

Tous nos participants ont avoué avoir envisagé de consulter au service de psychologie de l'université, deux participantes y sont allées. La première s'est rendue au service à la suite d'une recommandation en raison d'une détresse profonde liée au renouvellement de ses documents d'immigration et à d'autres facteurs de stress :

ÉI6 : Oui, je me suis retrouvé à vouloir renouveler mon CAQ, j'ai eu comme un premier échec et ça m'avait vraiment abasourdi et je me suis dit, j'étais, j'étais comme déboussolée et tout. J'ai eu vraiment des pensées noires. J'ai beaucoup pleuré, beaucoup, beaucoup pleuré.

Cette étudiante a rencontré une intervenante psychosociale à deux reprises, mais elle a finalement décidé d'interrompre le suivi. Elle a expliqué que la principale raison de cette décision était la résolution des problèmes liés à son statut d'immigration, qui constituaient la source de sa détresse. Elle a également mentionné des contraintes d'emploi du temps, ainsi que la dissuasion de son conjoint resté dans son pays d'origine, à qui elle avait dû cacher la tenue de la deuxième séance.

La deuxième étudiante ne se trouvait pas dans une situation de grande vulnérabilité au moment de la consultation, mais elle a exprimé le besoin d'une oreille attentive et d'un point de vue extérieur sur sa vie. Son recours au service a été influencé par l'accord de ses parents et l'envie de profiter des avantages du statut d'étudiante : « ÉI10 : ben en fait, je me suis dit, je paie l'école cher, on me met à disposition des moyens pour m'aider. Bah écoute, je vais m'aider hein », elle a pris part à toutes les séances.

Ces participantes ont grandement apprécié l'expérience, en particulier l'écoute attentive et l'empathie démontrées par les intervenantes. Elles se sont senties écoutées et valorisées pour avoir pu exprimer des aspects d'elles-mêmes qu'elles n'auraient pas osé partager avec leurs amis ou leur famille. Elles ont évalué le service sur une échelle de 0 à 10 de leur propre initiative : « ÉI6 : Je peux évaluer ça à 8 sur 10. », « ÉI10 : Bah, je dirais 8, 8,5. » Elles ont même encouragé d'autres étudiants à profiter de ce service. En ce qui concerne la compatibilité culturelle du service, les participantes n'ont pas rencontré de difficulté en raison des réalités différentes, toutefois, cette participante ajoute :

ÉI10 : ils sont pas éduqués à la diversité dans le sens où ils savent pas. Ils ne sont pas instruits à la diversité, mais ils sont ouverts à l'instruction sur la diversité. [...] Si tu leur parles de toi, d'où tu viens, tout ça, ta culture, ta vie, et cetera, ben en fait, ils sont ouverts à ça, mais quand tu vas leur en parler, ils ne savent déjà pas ce que c'est. [...] Pour les gens qui ne sont pas flexibles, qui ont peur, tu sais, qui ont ce tabou-là, cette peur-là, être confronté à quelqu'un qui n'est pas du tout éduqué au monde de manière générale, c'est un peu plus compliqué, je trouve. En tout cas, moi, ça m'a pas dérangé. Mais je sais que ça peut déranger des personnes, voilà.

Les participants qui ont consulté dans leur pays d'origine ont envisagé de recourir au service de l'université. L'un ne jugeait pas le besoin urgent, tandis que l'autre a été dissuadé par des préoccupations de confidentialité. Cependant, même après avoir été rassurée, elle a choisi des stratégies informelles qui l'ont aidée à se stabiliser. Elle a déclaré : « ÉI7 : Moi, jusqu'à présent, je pense que consulter pourrait m'aider, mais je pense que je suis arrivé à une phase où j'ai assez d'autonomie [...] la phase critique est passée et je pense que ça va aller mieux pour moi ». Elle nous a confié plus tard être restée en contact avec la psychologue de son pays d'origine.

Les étudiants qui n'ont pas consulté au service de psychologie sont unanimes : ce dernier pourrait répondre à leur besoin d'être écoutés. Ils disent avoir besoin de se confier et de se sentir rassurés, ils ont aussi besoin de conseils. Toutefois, certains émettent des craintes liées à la relation avec le professionnel : « ÉI1 : j'aimerais ne pas être en face d'un super homme ou d'une super femme », en effet, ils souhaitent rencontrer des professionnels qui interagissent durant le suivi en partageant leurs propres expériences de vie. Enfin, nos participants ont précisé qu'ils auraient consulté s'ils avaient eu des retours positifs d'autres étudiants.

Propositions

Les ÉI et les professionnels ont énoncé des actions qu'ils trouvent pertinentes dans le but d'encourager les ÉI à demander de l'aide et prendre soin de leur santé mentale. Ils tiennent tout de même à préciser que la demande d'aide est d'abord une décision

personnelle, pour ce faire, les étudiants doivent se reconnaître et se sentir en sécurité avec les services qui leur sont offerts. C'est dans cet esprit qu'ils suggèrent des campagnes et des actions à l'attention des ÉI. Un étudiant propose : « ÉI1 : il faut repenser la stratégie de communication à deux niveaux, dans la dimension de l'attractivité, c'est-à-dire pour attirer les étudiants, mais aussi dans la dimension de la perception ». Le but est d'encourager le recours aux services et de favoriser une perception plus positive de la santé mentale et du service de psychologie.

Démystifier la santé mentale et le recours aux soins

Nos participants ont utilisé le terme démystifier pour parler de l'éducation, la sensibilisation et la promotion de la santé mentale auprès des ÉI. Cette démarche vise à légitimer le recours aux ressources d'aide et à rassurer les étudiants quant aux questions de confidentialité. Elle tend aussi à expliquer le fonctionnement du service ainsi que le rôle des intervenants.

Diversifier les approches

Compte tenu de la diversité des manières de reconnaître, d'exprimer et de traiter la détresse, les participants proposent que le service diversifie ses approches. Cela passe par des activités de groupe, des activités ludiques, des espaces de partage d'expérience en lien avec le bien-être et le recours au service de psychologie. Il s'agit de créer des espaces de rencontres propres aux ÉI afin d'aborder leurs problématiques et leurs besoins.

Représentativité des intervenants

Les participants estiment que les professionnels devraient refléter la diversité des identités de la communauté universitaire. Cela permettrait aux étudiants de se sentir représentés, mais aussi concernés par la santé mentale et les ressources offertes.

Accessibilité

Enfin, les participants suggèrent de simplifier le processus de prise en charge, avec moins de démarches à suivre et moins de formulaires, et l'instauration de plages sans rendez-vous. Ils proposent également la mise en place d'une cellule de crise afin de permettre aux étudiants d'exprimer plus rapidement leur mal être.

En résumé, les résultats mettent en évidence les similitudes et les divergences entre l'expérience des ÉI et l'expérience des professionnels œuvrant auprès de cette population. Ces considérations invitent à une analyse et une interprétation au prisme des imaginaires de la santé mentale dans leur dimension personnelle, sociale, culturelle et spirituelle. Elles visent aussi à comprendre la construction de ces derniers et leur influence sur la création de significations, de tabous et de la stigmatisation. Enfin, elles encouragent la mobilisation de l'alliance relationnelle comme fondement d'interventions interculturelles inclusives.

Chapitre V : Discussion

Ce chapitre s'appuie sur la démarche abductive (Anadon et Guillemette, 2006), afin de confronter les résultats obtenus dans le chapitre précédent à notre cadre théorique et de dégager des pistes d'interprétation visant à améliorer les pratiques institutionnelles dans l'accompagnement des ÉI à l'UQTR. L'objectif est de comprendre la construction des imaginaires de la santé mentale chez les ÉI issus de contextes non occidentaux et de voir comment ceux-ci influencent le recours aux services de psychologie offerts à l'université. De plus, il examine l'interaction entre ces imaginaires et les logiques institutionnelles tout en identifiant les pratiques les plus pertinentes. Cette analyse met en lumière l'alliance relationnelle et interroge les rapports de pouvoir inhérents aux interventions interculturelles.

La vulnérabilité des ÉI au prisme de l'approche biopsychosociale

L'approche biopsychosociale en lien avec les vulnérabilités étudiantes et les résultats de cette recherche mettent en évidence les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui participent simultanément à la fragilisation de la santé mentale des ÉI (Benny *et al.*, 2016; Collet et Beaupère, 2024). Sur le plan biologique, nous notons une sous-alimentation de certains ÉI en plus du manque de sommeil et de concentration qui conduisent à des problématiques de santé physique ou mentale. Sur le plan psychologique, les participants ont mentionné la présence d'idées suicidaires, l'anxiété de performance,

le stress, la frustration et la dépression comme principaux enjeux. Sur le plan social, le choc culturel en lien avec la météo, les moyens de transport et le système éducatif ont entraîné une perte de repères chez les nouveaux venus. Ensuite, la solitude due à la disparition du réseau social initial et la séparation avec la famille ont été difficiles à vivre pour nos participants. En outre, la précarité financière a émergé comme une source de stress en raison de la nécessité de trouver un emploi qui ne correspondait pas toujours aux attentes des ÉI, ce qui a impliqué des défis dans la gestion concomitante de l'emploi et des études. Enfin, le passage à la vie adulte, la pression familiale et le renouvellement des documents d'immigration ont affaibli le bien-être de certains participants. Ces caractéristiques correspondent également aux facteurs de fragilisation recensés dans la littérature (Bérubé *et al.*, 2021; PGI-EI, 2025; CAPRES, 2019; Frozzini, 2020; Gallais *et al.*, 2020). La santé mentale devient donc une expérience profondément subjective vécue et racontée au regard de ces dimensions.

Les imaginaires de la santé mentale à l'intersection d'une pluralité d'identités

La construction des imaginaires

Même si le Canada est un pays axé sur la promotion et la sensibilisation de la santé mentale, les campagnes, les ressources, voire les initiatives institutionnelles, comme les services universitaires, semblent exercer une influence négligeable sur les imaginaires portés par les ÉI issus de contextes non occidentaux. En effet, ces imaginaires ne sont pas le fruit d'une exposition à la sensibilisation faite dans la société d'accueil ou encore du

recours aux services psychologiques universitaires, comme le mentionne cette étudiante qui a consulté : « ÉI6 : non, ça n'a pas vraiment influencé parce que moi, comme j'ai dit au début, je pensais déjà qu'on devait plus se pencher sur la santé mentale ». Mais ils désignent la somme des expériences que nos participants ont vécues au cours de leur vie.

Ces derniers ont unanimement révélé que leur compréhension de la santé mentale est antérieure à leur migration au Québec. Pour certains, un travail personnel prémigratoire à base de vidéos et de livres sur le développement personnel et spirituel a favorisé une compréhension plus nuancée de la santé mentale. Pour d'autres, un traumatisme personnel ou social comme le séisme en Haïti a ouvert la voie vers une démarche d'acceptation sociale et personnelle de la vulnérabilité. Quelques participants ont évolué dans des milieux sociaux calqués sur les modèles occidentaux, notamment au sein d'établissements d'enseignement français implantés dans leurs pays d'origine, ce qui les a conduits à une vision de la santé mentale différente de celle qui était véhiculée dans la société. Pour un participant, son contexte socioculturel ancré dans la religion a contribué à sa compréhension de la santé mentale, qu'il associe étroitement à l'absence de comportements addictifs. Pour d'autres participants, le fait d'avoir été suivis par un psychologue dans leur pays d'origine a élargi leur compréhension du bien-être émotionnel. Pour les deux participants ayant vécu dans des pays occidentaux, le premier présente une perception positive de la santé mentale et de la vulnérabilité. Il affirme avoir eu une curiosité préalable pour le bien-être et le développement personnel en plus d'une

expérience migratoire de plus de cinq ans en Russie²⁴, un contexte social empreint d'une forte stigmatisation de la santé mentale (Zolotareva *et al.*, 2024). La deuxième participante a séjourné pendant deux ans en France, mais elle précise que sa compréhension de la santé mentale est le fruit de l'éducation reçue par ses parents, qui lui ont toujours montré l'importance du bien-être émotionnel malgré un environnement social dominé par la religion et une forte stigmatisation des enjeux de santé mentale.

Des imaginaires controversés

La santé mentale semble être un concept polysémique fortement influencé par les facteurs sociaux, culturels, historiques et identitaires. Dans les pays d'origine de nos participants, la santé mentale est perçue comme « ÉI2 : un non-lieu », un problème de Blancs, un tabou, une honte, un alibi. De plus, elle est corrélée à la maladie mentale décrite par des termes tels que « folie », « perdre la tête », « disjoncter », « marcher nu », « asile ». Ces idées reçues en lien avec la stigmatisation de la santé mentale ont également été exprimées par les professionnels (Aubin, 2022; Giordana, 2011). Pourtant, les étudiants que nous avons rencontrés ont choisi de s'éloigner de ces perceptions, comme le mentionne cette participante :

ÉI8 : il y a des familles chez nous, quand tu subis un viol, on te dit c'est de ta faute. C'est un peu compliqué avec ça, t'es traumatisé, mais tu peux pas parler, ta famille te maltraite, t'es traumatisé, tu peux pas parler, on te dit c'est comme ça, tu dois

²⁴ La Russie est considérée comme un pays hybride à l'intersection de contextes occidentaux et non occidentaux.

passer par là, après Dieu va te donner une opportunité d'avoir ton bonheur des trucs comme ça [...] c'est juste à partir de ce moment [où tu parles de santé mentale], on te voit un peu comme une personne un peu différente, tu es différent à partir du moment où tu ne pars pas dans leur sens. C'est ça au fait, parce que pour eux, y a pas de traumatisme en fait, ils ne croient pas aux histoires de traumatisme.

Dans ce passage, elle exprime son désaccord avec les croyances et les tabous liés au bien-être, aux traumatismes et au droit à la parole des personnes vulnérables. Comme elle, les autres participants reconnaissent la santé mentale comme une problématique humaine et universelle plutôt que comme une problématique blanche ou genrée. Ils expriment leur vulnérabilité et accueillent la fragilité humaine, l'expression de soi, la déculpabilisation, même si la santé mentale est avant tout une question de résilience. Ces imaginaires se rapprochent davantage des perceptions dominantes au Canada et dans le système occidental de la santé mentale, même s'ils sont fortement inscrits dans le modèle désuet de la santé mentale qui reconnaît celle-ci comme l'absence de troubles (Keyes, 2002).

Les imaginaires de la santé mentale influencent la manière dont les individus expriment leur détresse, c'est justement ce qui a été mis en évidence par le discours des professionnels. Pour eux, les ÉI d'origine non occidentale sont dans le déni, ils ne reconnaissent pas les problématiques de santé mentale, soit parce qu'ils ne comprennent pas à quoi elles correspondent, soit parce qu'ils ne savent pas nommer la détresse. Ils mentionnent que cette détresse se lit davantage dans le non-verbal, soit les larmes et les stratégies de contournement, que dans les mots. En revanche, nos participants démontrent une capacité à exprimer leur détresse, parfois dans des termes spécifiques qui peuvent

apparaître comme des stratégies de minimisation de la souffrance, mais qui sont en fait des expressions réelles. Par exemple, dire « c'était compliqué » pour parler d'une période de deuil rappelle que les modes d'expression de la douleur ne sont pas universels (Coulombe *et al.*, 2010; Laplantine, 2002; Massoudi et Toscanelli, 2021). D'autres fois, ils expriment clairement leur mal-être « je suis anxieux », « je stresse », « je suis déprimé », « je pleure », comme cela se fait dans la société d'accueil. En dépit de conceptions de la santé mentale rapprochées des tendances dominantes, nos participants conservent en toile de fond les imaginaires socioculturels et spirituels véhiculés dans leurs pays d'origine qui tendent à influencer leur recours aux services de psychologie.

Le recours aux services de psychologie : une démarche stigmatisée

Nos participants ont vécu des situations de stress intense, de la frustration, des périodes de deuil et de mauvaises relations sociales. Pourtant, la majorité n'a pas eu recours au service de psychologie offert à l'université. Cette décision est due à la perception du service, certains ÉI ne connaissent pas le fonctionnement du service, ni les professionnels qui y travaillent et leurs rôles. Selon leurs croyances, le psychologue est un professionnel vedette, perçu comme un être supérieur, omniscient, qui ne prodigue pas de conseils et ne fait que prêter une oreille attentive. Cette image semble être le fruit de la représentation médiatique des psychologues, en particulier au cinéma, où on les voit souvent adopter une attitude passive, hochant simplement la tête. De ce fait, les ÉI privilégient des stratégies informelles, comme parler à des amis, la famille, les

communautés ethnoculturelles et religieuses et, quand ils envisagent de demander de l'aide, la démarche est davantage motivée par la curiosité et le désir de rentabiliser les frais de scolarité que par la détresse.

Par ailleurs, l'auto-évaluation ou autostigmatisation de la santé mentale crée une zone intermédiaire entre la stabilité émotionnelle et l'instabilité émotionnelle accentuée par les imaginaires socioculturels et spirituels du pays d'origine. Dans cette zone, l'étudiant réalise qu'il ne va pas bien, mais pas encore assez mal pour qu'une consultation soit socialement et culturellement acceptable. En effet, si son mal-être est accepté socialement, cela peut être perçu comme un signe de déséquilibre mental ou de maladie conduisant à des soins psychiatriques. Cette situation s'explique par la représentation sociale du recours à l'aide uniquement dans les cas critiques, ou de maladie. Ce point de vue est inconsciemment mis en évidence par une participante qui a utilisé le terme « psychiatrique » durant l'entrevue, à quatre reprises, pour nommer les services de psychologie. Pourtant, elle reconnaît la fragilité humaine et a même envisagé de consulter un psychologue dans son pays, démarche qui a été désapprouvée par la figure parentale qui pratique une religion. Elle précise que, dans sa famille, « ÉI4 : soit tu es heureux avec Dieu, soit t'es malheureux dans le péché ». Au regard des difficultés rencontrées depuis son arrivée au Canada, elle a envisagé de demander de l'aide, mais a indéfiniment repoussé la démarche. Comme elle, d'autres participants ont pensé à demander de l'aide sans jamais passer à l'action parce qu'ils estimaient qu'ils allaient mieux, même si le besoin était réel :

ÉI3 : Je décide dans la nuit, puis je me dis ah peut-être cette semaine je vais aller voir le truc de l'université, mais à la dernière minute, le matin, je me réveille. Je vais me dire c'est bon, c'est bon, je vais plus y aller. Moi-même, je ne sais pas ce qui m'arrive [...] je me dis que je vais mieux, mais la semaine recommence encore, je retombe dans mes problèmes ou bien dans des difficultés. Je me dis encore, ah je vais y aller, ainsi de suite.

Le contexte socioculturel de ce participant ancré dans la religion soutient que le mal-être est lié à des comportements addictifs et à de mauvaises fréquentations. Cela remet en question la légitimité de la démarche, car, même si les étudiants sont conscients de leur mal-être, la demande d'aide n'est pas perçue comme étant la solution adéquate. En effet, elle met en évidence le manque de résilience de la personne, le vacillement de la foi, la présence de maladie, la honte ou l'imitation culturelle.

Dans ces circonstances, ce n'est pas la santé mentale qui est stigmatisée, mais la demande d'aide. En lien avec la théorie de l'étiquetage défendue par Becker (2020) et Goffman (1963), le marginal, ce n'est pas celui qui a une condition mentale précaire, mais celui qui a besoin de recourir aux services de psychologie pour aller mieux. Cette idée est également partagée par plusieurs professionnels, qui mentionnent que certains ÉI acceptent d'être référés au service de psychologie par respect plutôt que par nécessité, et aucun élément de suivi ne permet de vérifier si la démarche est réellement entreprise. Ces imaginaires entrent en contradiction avec les perceptions dominantes au Canada qui encouragent la demande d'aide formelle comme une marque de soins portés à soi indépendamment de la présence de maladie ou de la gravité du mal-être.

À la lumière de ce qui précède, les imaginaires de nos participants ne peuvent pas être catégorisés comme étant exclusivement occidentaux ou non occidentaux. Ils sont plutôt le fruit de l'éducation familiale, des valeurs morales, de la culture, de la spiritualité, de l'ouverture d'esprit, de la résilience, du statut social, du contexte socioculturel de base, des expériences de consultation et des expériences migratoires, y compris au Canada, dues aux défis rencontrés. Ces imaginaires forment donc une totalité, un univers pluriel à l'intérieur de chaque individu singulier, un cadre de références qui lui permettent de symboliser la santé mentale (Wunenburger, 2020; Glissant, cité dans Derivois, 2017).

Initiatives institutionnelles

Pour Dasen (1993), toute psychologie devrait être interculturelle. Dans cette optique, les initiatives liées à la santé mentale devraient intégrer des dispositifs favorisant l'accueil et le respect des imaginaires pluriels, ainsi que des différentes manières de vivre, d'exprimer et de traiter la détresse. Cette approche rejoint les recommandations de la littérature, qui identifie le manque de services culturellement adaptés comme un obstacle majeur au recours aux services de psychologie (Baghoori, 2021; Bérubé *et al.*, 2025; BCEI, 2022; CAPRES, 2019; De Moissac *et al.*, 2020; Gallais *et al.*, 2020).

À l'UQTR, les professionnels citent les programmes Re-pairs et Mozaic comme des stratégies permettant de répondre aux vulnérabilités des ÉI et de favoriser leur recours au service de psychologie. Cependant, certains ÉI perçoivent ces initiatives comme des

dispositifs institutionnels qui ne correspondent pas à leurs besoins réels, car elles influencent peu leurs imaginaires de la santé mentale ou leur démarche de soins.

La brigade Re-pairs

La brigade Re-pairs, extension du service de psychologie, est un programme de pairs aidants visant à repérer les étudiants vulnérables sur le campus, à les orienter vers les services d'aide et à les sensibiliser à la santé mentale positive. Bien qu'elle se présente comme une initiative inclusive, son orientation générale ne cible pas explicitement les ÉI. Son accessibilité repose sur une logique universelle plutôt que sur une adaptation concrète aux besoins spécifiques de cette population. Si la santé mentale y est promue, elle n'y est pas véritablement déstigmatisée, et les imaginaires ne sont pas pris en compte. L'intervention repose sur un modèle de « travail de corridor », c'est-à-dire un pont entre les étudiants et les services de psychologie, mais ces derniers demeurent sur une vision ethnocentriste. Ce constat rejoint les observations du PGI-EI (2025), qui souligne l'incompatibilité culturelle entre le service de psychologie de l'UQTR et les besoins des ÉI, en raison de l'absence de stratégie interculturelle.

Par ailleurs, la présence d'ÉI dans la brigade Re-pairs et la participation de deux membres aux activités de Mozaic témoignent d'un effort de transversalité entre les programmes. Toutefois, cette présence reste insuffisante pour répondre aux critères d'une stratégie pleinement adaptée aux besoins des ÉI en tant que groupe vulnérable (INSPQ, 2023) et au principe du *care* comme projet de justice sociale. En effet, si les initiatives ne

sont pas conçues pour eux, elles risquent d’être inadaptées et de susciter un faible engagement (Parizeau et Nurock, 2022). Malgré les lacunes actuelles, Re-pairs pourrait répondre aux besoins des ÉI en matière d’écoute active et de présence rassurante. Elle pourrait même favoriser le recours aux services de psychologie, à condition que ces derniers soient mieux compris et adaptés aux besoins des ÉI.

Mozaic

Le programme Mozaic émerge comme une initiative davantage orientée vers les ÉI, offrant un espace de socialisation pensé pour eux. Depuis sa création en 2024, il a organisé deux activités en lien avec la santé : un bingo santé mentale à l’automne 2024, invitant les ÉI à partager leurs stratégies de bien-être à partir d’une liste prédéfinie, et une activité sur la santé affective et sexuelle à l’hiver 2025, en lien avec la Saint-Valentin. Les autres activités sont principalement ludiques, favorisant la détente, la découverte de la culture québécoise et la familiarisation avec les services aux étudiants. La santé mentale n’y est pas abordée, malgré la présence de membres de la brigade Re-pairs.

Par ailleurs, Mozaic soutient la socialisation, mais non la vulnérabilité. Il agit sur un seul facteur : la resocialisation des ÉI. Cette approche peut sembler peu pertinente pour les ÉI qui n’ont pas ce besoin ou ceux qui ne se sentent pas à l’aise dans des activités de groupe. De plus, certaines animations peuvent être perçues comme des échappatoires face à des problèmes plus urgents, si l’on considère les autres facteurs de fragilisation. Un an après sa création, le programme paraît avoir atteint son pic, comme en témoigne la

réurrence des mêmes participants, l'absence de nouveaux étudiants et la baisse notable du taux de participation.

En somme, bien que Mozaic et Re-pairs soient des initiatives pertinentes, elles demeurent insuffisantes pour répondre aux besoins psychosociaux des ÉI. De plus, la participation des ÉI les plus vulnérables reste à démontrer, notamment si l'on prend en compte les mécanismes de domination qui se jouent dans la rencontre interculturelle.

L'alliance relationnelle dans les interventions interculturelles à l'UQTR

Une alliance fragilisée par la précarité migratoire

Les politiques migratoires restrictives sont perçues comme des moyens d'exclusion, ce qui entrave le sentiment d'appartenance à la société d'accueil, les liens avec la communauté locale et, par conséquent, la communication. Les ÉI ne détenant pas la résidence permanente vivent dans l'incertitude concernant leur avenir migratoire au Canada. Certains arrivent avec un permis d'études qui ne couvre qu'une partie de leur cursus et les contraintes de délais exigent qu'ils entament le processus de renouvellement seulement quatre mois après leur arrivée. Pour d'autres, des situations imprévues, comme l'incapacité à payer les frais de scolarité, les échecs scolaires, le changement de programme d'études, le report de session et des congés non autorisés, peuvent affecter la durée du parcours initialement prévue. Ces facteurs influencent également le renouvellement des documents d'immigration et les perspectives de s'établir sur le

territoire. Selon les données du BCEI (2023), 70 % des ÉI planifiaient de déposer une demande de permis de travail postdiplôme et 57 % visaient la résidence permanente. Cela rejoint les constats de Paquet et ses collègues (2025), qui soulignent que la plupart des résidents temporaires envisagent d'obtenir un statut permanent au Canada. Cependant, ils se retrouvent obligés d'accumuler des statuts temporaires, en attendant des opportunités plus avantageuses.

Dans ce contexte, la temporalité du statut crée de la frustration, plusieurs ÉI vivent dans la peur d'être expulsés. Une étudiante témoigne : « ÉI9 : les étudiants ont comme cette peur-là de présenter leurs problèmes de peur qu'on va tout raconter à IRCC²⁵ [...] pour IRCC c'est soit A, soit B et qu'on dise ouste rentre chez toi ». Cette situation renforce le clivage « nous » par rapport à « eux », ce qui influence le sentiment d'appartenance à la société d'accueil. Celle-ci peut alors être perçue comme dominante ou discriminante si on considère les mécanismes d'exclusion. De ce fait, l'université apparaît comme une extension de l'immigration où chaque action posée, chaque phrase prononcée peuvent s'avérer préjudiciables. Cela est accentué par la croyance en un système universitaire interconnecté semblable à un dispositif où université et services d'immigration travailleraient de concert pour débusquer les étudiants. Cette situation induit la méfiance et la crainte que le dossier universitaire ou d'immigration soit marqué par un passage chez le psychologue, ou encore que ces confidences servent de preuve contre eux en accord avec le tabou de Fanon (1972). Par conséquent, recourir aux services de psychologie

²⁵ Immigration Réfugiés et Citoyenneté Canada

devient une démarche risquée surtout lorsque les ÉI ne sont pas informés sur les questions de confidentialité.

Outre la méfiance, le service de psychologie peut apparaître comme une imposition culturelle, au sens de Fanon (1965), soit une dictature symbolique qui oriente les pratiques et les comportements, mais qui ne s'ouvre pas à la diversité ni à l'accueil des autres façons de prendre soin de soi. Et cette imposition, c'est l'ethnocentrisme occidental du service de psychologie de l'UQTR, mais aussi la valorisation de Mozaic et Re-pairs comme stratégies gagnantes. Cela tend à invisibiliser les besoins des ÉI et, par la même occasion, ralentir la mise en place de stratégies adaptées. Malgré leur pertinence, ces initiatives n'accueillent pas les imaginaires de la santé mentale des ÉI, de plus, elles n'offrent pas un espace de négociation en lien avec une prise en charge équitable de leur vulnérabilité.

L'alliance dans les interventions non thérapeutiques

D'une certaine manière, l'alliance relationnelle existe entre les ÉI et les professionnels qu'ils rencontrent dans le cadre d'interventions non thérapeutiques. Cela démontre les compétences humaines et interculturelles des professionnels dans leur capacité à coconstruire l'intervention avec les ÉI. Les résultats des entrevues avec les professionnels ont révélé que les ÉI se confient, s'ouvrent et se dévoilent là où un lien de confiance a été préalablement établi. Cette relation de confiance peut apparaître spontanément en présence d'un professionnel racisé ou issu de l'immigration. Il peut aussi être progressif avec des professionnels ayant une posture rassurante, ou avec des

professionnels dont les rôles n'entrent pas en contradiction avec leurs imaginaires. L'infirmière de l'université, par exemple, reçoit des ÉI pour des difficultés liées au stress et à l'anxiété qui se traduisent par une baisse de motivation, une mauvaise alimentation, de l'insomnie, voire par des idées suicidaires. Par leur ouverture, certains professionnels créent une proximité relationnelle avec les ÉI et recueillent des confidences qui sont en dehors de leurs champs d'expertise, ils en profitent donc pour démystifier le service de psychologie et favoriser son recours par les ÉI même si certains restent réfractaires à cette idée.

Mise en place de l'alliance dans l'intervention ethnothérapeutique à l'UQTR

En revenant à la question centrale de notre recherche : **comment la création d'une alliance relationnelle entre les étudiants internationaux issus de contextes non occidentaux et les intervenants de l'UQTR peut-elle favoriser le recours aux services de psychologie, tout en tenant compte de la diversité des imaginaires en santé mentale**, il semble que l'enjeu de notre recherche ne soit pas culturel, mais communicationnel. En effet, l'intervention psychosociale, qu'elle soit interculturelle ou non, est avant tout une situation de communication dans laquelle se rencontrent des cadres de références. D'un côté, il y a l'étudiant, avec ses imaginaires parfois contradictoires avec la manière dont il essaie de symboliser sa détresse et la demande d'aide. De l'autre côté, il y a le professionnel, façonné à la fois par sa trajectoire personnelle et par les contraintes institutionnelles dans lesquelles il s'inscrit. Dans cette perspective, l'intervention se

transforme en un espace relationnel où se négocie le sens, selon la capacité des partenaires à s'accueillir, à se reconnaître et à réduire les rapports de pouvoir qui peuvent entraver la confiance.

Cette étude propose l'alliance relationnelle qui met l'accent sur la relation dans le processus de communication. Elle vise à remédier aux limites de la communication interculturelle, qui a tendance à se transformer en un déterminisme culturel, réduisant ainsi l'intervention en contexte de diversité à des adaptations culturelles. Au contraire, l'alliance relationnelle envisage l'intervention comme un espace de coconstruction et de symbolisation qui transcende les appartenances culturelles pour considérer la personne dans sa totalité. Elle implique également une ouverture institutionnelle aux approches diversifiées en santé mentale, invitant à repenser les services offerts afin de sécuriser les étudiants dans leur démarche thérapeutique. Sa mise en œuvre repose sur deux piliers.

Premier pilier : la reconnaissance des identités

Le professionnel est appelé à pratiquer la décentration, un processus qui dépasse la simple dimension culturelle pour inclure la compréhension des cadres de références et des processus de symbolisation. Cet exercice lui permet de prendre conscience de ses propres imaginaires liés à l'expression de la détresse, à la conception de la santé mentale et à la perception du soin. Il s'ouvre ensuite à l'étudiant en accueillant son cadre de références : son parcours migratoire, ses expériences de vie et traumatismes, la fonction symbolique de sa démarche (ses imaginaires de la santé mentale et du soin), ainsi que sa manière de manifester la souffrance (Lecomte *et al.*, 2006; Massoudi et Toscanelli, 2021).

Deuxième pilier : la négociation par la coconstruction de sens

Il s'agit de mettre en commun les cadres de références, non pas pour corriger ou « faire évoluer » les imaginaires comme s'ils étaient déficients, mais pour reconnaître leur pluralité et créer un espace partagé où la santé mentale est démystifiée, déstigmatisée et normalisée pour tous, indépendamment des origines culturelles. Ce cadre commun peut se résumer ainsi : voici mon point de vue sur le monde, voici le tien; où se rejoignent-ils? Coconstruire, c'est accueillir les autres façons de faire, créer des ponts, comme le font déjà certains professionnels en adaptant leurs interventions aux pratiques habituelles des étudiants. Négocier, c'est comprendre les motivations et l'implication de l'étudiant dans sa démarche de soins, clarifier le rôle et les limites de l'intervenant, et définir ensemble les objectifs de l'intervention (Brennstuhl et Marteau-Chasserieu, 2021; Charaudeau, 1993; Cohen-Emerique, 2015). L'alliance relationnelle devient ainsi une stratégie pertinente en santé mentale et en intervention interculturelle, car elle reconnaît la totalité du monde en chaque individu et propose la sécurité culturelle comme une ouverture, et non comme une pratique discriminante enfermant la diversité dans des approches figées.

La sécurité culturelle reconnaît le déséquilibre de pouvoir dans les relations interculturelles et vise à rassurer les personnes à qui les soins sont prodigués (Agence de la santé publique du Canada, 2023). Pour les ÉI, elle peut être assurée par la mise en place d'une stratégie interculturelle au sein du service de psychologie de l'UQTR, incluant une ouverture à des approches alternatives de la santé mentale et de la prise en charge. Elle peut également découler de la représentativité des intervenants, permettant aux ÉI de se

reconnaître dans les services et les professionnels avec lesquels ils interagissent. Enfin, elle repose sur un climat relationnel horizontal, réduisant la méfiance par une communication claire sur la confidentialité des données et en proposant des actions qui rassurent et protègent les étudiants.

Il est crucial de préciser que l'adaptation culturelle des services n'est pas une réponse applicable à tous les ÉI. En effet, nos données montrent que les deux étudiantes qui ont consulté au service de psychologie n'ont pas eu besoin d'une approche interculturelle explicite pour bénéficier de l'intervention. Ce constat souligne que ce n'est pas la « culture » en soi qui détermine la qualité de la relation d'aide, mais la capacité du praticien à instaurer un espace sécurisant, bienveillant et sans jugement. En ce sens, proposer une adaptation culturelle des services pour répondre aux besoins des ÉI pourrait s'apparenter à une forme d'ethnocentrisme inversé. Cette approche repose sur une hypervalorisation des thérapies dites traditionnelles ou alternatives, considérées comme les seules réponses pertinentes pour les personnes issues de la diversité culturelle (Derivois, 2017). Cette nuance permet d'éviter une interprétation culturaliste et recentre l'intervention sur l'alliance relationnelle, qui devient la véritable médiation entre le vécu des ÉI et la logique institutionnelle des services de psychologie. Au-delà de la perspective interculturelle, il s'agit avant tout d'une approche centrée sur la personne qui permet aux étudiants de choisir le type de thérapie qui répond à leurs besoins.

Limites de la recherche

Les résultats de cette recherche ne doivent pas être généralisés à tous les étudiants internationaux de l'UQTR, et encore moins à ceux issus de contextes non occidentaux, en raison de la taille de notre échantillon et des considérations suivantes.

Premièrement, l'interdiction imposée par le comité d'éthique de recruter les ÉI directement sur le campus afin d'éviter toute pression réelle ou perçue chez les étudiants a restreint nos possibilités. Cette contrainte a limité l'accès à un échantillon plus diversifié sur le plan culturel et disciplinaire. En l'absence de recrutement dans les salles de cours, dans la bibliothèque ou lors des activités universitaires, nous avons dû privilégier des canaux comme WhatsApp et le bouche-à-oreille. Ce mode de recrutement a favorisé la récurrence de certains profils et réduit la représentativité des ÉI issus de contextes non occidentaux.

Deuxièmement, pour des raisons éthiques, le service de psychologie de l'université a décliné notre invitation à participer à la recherche. Cette absence nous a privés de la perspective des intervenants concernant les besoins psychologiques des ÉI, ainsi que des données sur l'utilisation réelle du service (par exemple, la continuité des suivis ou les motifs de consultation). Nous n'avons donc pas pu explorer en profondeur les composantes de l'intervention ethnothérapeutique, notamment la manière dont ces professionnels établissent la relation de confiance avec les ÉI et répondent à leurs besoins. Les résultats reposent principalement sur l'expérience des ÉI et des autres professionnels de la relation d'aide.

Troisièmement, l'usage du concept de « santé mentale » constitue une difficulté majeure. Ce terme, fortement marqué par une connotation occidentale, ne revêt pas la même signification dans toutes les cultures, surtout lorsqu'il est associé à des stéréotypes ou à une forte stigmatisation. Nos participants ont indiqué que de nombreux ÉI possèdent des visions du monde et de la santé mentale qui ne s'élargissent pas à d'autres réalités. Cette observation a été corroborée par les professionnels et confirmée lors du recrutement : certains étudiants ont affirmé n'avoir aucune expérience liée à la santé mentale justifiant leur participation, tandis que d'autres ont simplement déclaré ne pas souffrir de « maladie mentale ». Au fil des entretiens, nous avons constaté que les étudiants dont les imaginaires socioculturels, spirituels ou personnels ne valorisent pas la communication sur la santé mentale étaient peu disposés à participer à une recherche sur ce sujet.

Enfin, bien que Mozaïc et Re-pairs aient été inclus dans notre étude de cas, leur observation et leur analyse critique n'ont pas été formalisées dans le protocole de recherche. Cette situation peut introduire des biais, malgré nos efforts pour demeurer impartiale. Pour les recherches futures, il serait pertinent de privilégier des termes tels que « bien-être » et d'élargir la portée linguistique afin de mieux rejoindre la diversité des imaginaires.

Recommandations

Cette recherche met en évidence un décalage important entre les initiatives institutionnelles et les besoins réels des ÉI en matière de santé mentale. D'ailleurs, Giordana (2011) soulignait que les campagnes de sensibilisation et les programmes d'aide relatifs à la santé mentale ne pouvaient pas être standardisés. En revenant sur le *care*, les stratégies et les pratiques doivent être adaptées aux besoins des groupes les plus vulnérables. Cela nécessite une révision des stratégies d'intervention en tenant compte de la diversité des trajectoires, des vulnérabilités, des imaginaires de la santé mentale et du recours aux soins. De ce fait, nous proposons quelques pistes de solutions qui reposent sur l'alliance relationnelle, sans viser à remplacer les dispositifs existants, mais à les enrichir :

- Améliorer la communication sur les services universitaires;
- Élaborer des stratégies de communication, des campagnes de promotion et de sensibilisation à l'attention des ÉI, en mettant l'accent sur la clarification du terme « santé mentale », la compréhension du service de psychologie, notamment le rôle des professionnels, la déstigmatisation de la demande d'aide et les questions de confidentialité;
- Mettre en place des stratégies d'intervention interculturelle, renforcer les compétences interculturelles des intervenants et proposer des alternatives, comme la médiation. Il ne s'agit pas d'une adaptation culturelle des services, mais d'une ouverture aux autres façons de faire. Cela passe par la recension des différents imaginaires de la santé

mentale et du soin du point de vue de la population ciblée, mais aussi une communication explicite sur ce que cela signifie réellement dans le contexte canadien;

- Améliorer l'accessibilité du service. Les ÉI issus de contexte non occidentaux n'ayant pas toujours conscience des délais d'attente ou des procédures liées à la démarche d'aide, il serait frustrant que, après avoir survécu à la barrière de la stigmatisation, ils soient confrontés à de très longues procédures, ce qui pourrait influencer la décision. Il est ainsi recommandé d'offrir des plages horaires sans rendez-vous;
- Les ÉI n'étant pas toujours conscients de leurs droits, il serait important de mettre sur pied une cellule de crise, où ils pourraient parler de leurs problèmes et obtenir un accompagnement pour les difficultés rencontrées en dehors de l'université;
- Proposer des espaces de rencontre, des espaces sécurisants pour les ÉI, dans lesquels ils peuvent se retrouver et partager leurs expériences en s'inspirant des groupes tels que les Alcooliques anonymes;
- Enfin, il est recommandé de valoriser des approches axées sur le développement personnel et la résilience. Cela résonne avec le cheminement personnel de nos participants, qui sont animés par des vidéos inspirantes et une quête spirituelle. Au lieu de se concentrer sur les symptômes ou les déficits, l'objectif est de favoriser des parcours d'autonomisation, où les étudiants deviennent maîtres de leur propre épanouissement. Cela implique la mise en place d'ateliers de croissance personnelle, de partage de pratiques en lien avec l'épanouissement personnel et la gestion des émotions.

Conclusion

« L’interculturalité ne devrait pas être utilisée seulement pour parler des étrangers, de ceux qui viennent d’ailleurs, mais de ce qui traverse tout être humain » (Derivois, 2017, p. 64).

Les étudiants internationaux arrivent de leur pays d’origine avec leurs croyances, leurs façons de faire, de vivre, de ressentir, de guérir et d’exprimer leur vécu. Très vite, ils se retrouvent confrontés au choc culturel qui les déstabilise. Ce choc s’entremêle de difficultés sociales, académiques et biologiques qui entraînent des problèmes de santé mentale, notamment l’anxiété de performance, la dépression perçue, la frustration, le stress et parfois des idées suicidaires.

Toutefois, peu d’entre eux ont eu recours au service de psychologie de l’université, malgré des imaginaires de la santé mentale qui se rapprochent de la perception scientifique et dominante dans les pays occidentaux. Le véritable enjeu n’est donc pas la stigmatisation de la santé mentale, discours largement répandu, mais la stigmatisation de la demande d’aide. En dépit des affirmations valorisant la santé mentale, et des besoins réels, nos participants ont en majorité choisi des stratégies informelles. Ce paradoxe est dû à des imaginaires socioculturels et spirituels qui associent la demande d’aide à un manque de résilience ou de foi, une perte de contrôle ou encore la présence de maladies mentales. Les ÉI intériorisent ces croyances et, quand bien même ils pensent s’en éloigner, elles

influencent la démarche thérapeutique. Ainsi, le principal obstacle à la consultation, ce n'est pas la compréhension de la santé mentale, mais le stigmatisme associé au fait de recourir à des ressources pour retrouver un équilibre mental. Dans cette perspective, la déstigmatisation doit être comprise comme une démarche communicationnelle (Aubin, 2022) : elle englobe non seulement les actions visant à promouvoir les services, mais aussi leur remise en question afin de mettre en place des dispositifs pour les bonifier. Déstigmatiser, c'est penser l'alliance relationnelle dans un cadre sécurisant, fondé sur la qualité de l'accueil, la transparence, la coconstruction du sens et la confiance.

L'UQTR, engagée dans une démarche inclusive, tend à améliorer les pratiques et les services offerts aux ÉI. Toutefois, cette démarche peut glisser dans ce que Derivois (2017) appelle l'ethnocentrisme inversé, à savoir la situation de personnes issues de sociétés non occidentales enfermées dans des pratiques dites traditionnelles ou alternatives. Cela est d'autant plus pertinent que les professionnels ont tous donné des exemples en lien avec les étudiants africains quand nous avons souligné ÉI issus de contextes non occidentaux. De plus, dans l'imaginaire institutionnel, les ÉI sont associés à l'Afrique, le programme Mozaic en est le reflet.

Par conséquent, le risque serait de penser que des services culturellement adaptés répondraient aux besoins de tous les ÉI alors que le véritable enjeu est communicationnel. En effet, la communication interculturelle est pensée comme une rencontre entre « porteurs de cultures différentes ». Or, la culture, bien qu'essentielle à l'identité, n'en est pas le seul déterminant. La stigmatisation de la demande d'aide pourrait aussi se retrouver

chez les étudiants internationaux issus de contextes occidentaux ou même chez les étudiants locaux si on considère tous les facteurs qui composent les imaginaires. En effet, chaque individu porte en lui une pluralité, des cadres de références qui structurent ses imaginaires et orientent la manière dont il symbolise le monde, ses expériences et sa détresse. Déstigmatiser, c'est aussi reconnaître que la diversité ne se résume pas aux cultures, mais traverse les trajectoires individuelles. Ce point de vue nous guide vers une « clinique de la mondialité » (Derivois, 2017), une approche qui invite à penser le sujet singulier dans ses multiples appartenances et dans son inscription dans le monde. Elle constitue une voie pour repenser les pratiques institutionnelles dans une perspective de justice sociale et donc, de *care*.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2023). Définitions communes en matière de sécurité culturelle : Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/forum-professionnels-sante-administratrice-chef-sante-publique-definitions-communes-matiere-securite-culturelle.html>
- Anadon, M., et Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? *Recherches qualitatives*, Hors-série, 5, 26-37. https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/anadon.pdf
- Association of Universities and Colleges of Canada. (2014). Universités canadiennes dans le monde : Enquête de l'AUCC sur l'internationalisation. *Association des universités et collèges de Canada*. <http://deslibris.ca/ID/245602>
- Aubin, D. (2022). Désstigmatiser la santé mentale ? l'exemple d'une pratique de proximité. *Revue québécoise de psychologie*, 43(3), 5-26. <https://doi.org/10.7202/1094889ar>
- Baghoori, D. (2021). *Mental Health of International Students Studying at Canadian Universities* [Thèse de maîtrise, University of Alberta] <https://doi.org/10.7939/r3-y0aw-wy03>

- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. Dans *L'instrumentation dans la collecte des données*. Recherches qualitatives, Hors-Série (2), 98–114.
<https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-serie-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/linstrumentation-dans-la-collecte-des-donnees/5199co/>
- Beaudry, F. et Forcier-Martin, C. (2024). La santé mentale des étudiants étrangers sous la loupe à l'UQTR. *Radio-Canada*. [La santé mentale des étudiants étrangers sous la loupe à l'UQTR | Radio-Canada](#)
- Becker, H. S. (2020). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Éditions Métailié.
<https://doi.org/10.3917/meta.becke.2020.01>
- Bélangier, M. (2002). L'intervention interculturelle : Une recherche de sens et un travail du sens. *Service social*, 49(1), 70-93. <https://doi.org/10.7202/006878ar>
- Benny, M., Huot, A., Lalonde, J.-A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., Sergerie, M.-A., Grenier, M.-R., et Gilbert Tremblay, P.-L. (2016). *Santé mentale et psychopathologie : Une approche biopsychosociale* (2e édition). Modulo.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*, 258(28), 1511-1513. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>

- Berthelot-Raffard, A. (2022). Black students' Mental Health Matters : Une étude du racisme structurel académique sur les campus canadiens. *Archipelies*, 13. <https://www.archipelies.org/1221>
- Bérubé, F., Bourassa-Dansereau, C., Frozzini, J., Gélinas-Proulx, A., et Rugira, J.-M. (2021). *Les étudiant-e-s internationaux-ales dans le réseau des universités du Québec : Pour une meilleure connaissance des interactions en contexte interculturel : rapport de recherche* [Matériel non publié (rapport, etc.)]. <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/7827/>
- Berube, F., Dubé, J., Frozzini, J., et Côté, D. (2025). Expériences vécues et perceptions de personnes étudiantes internationales sur les mesures et les services offerts par les universités québécoises pendant la pandémie de COVID-19. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*, 206, Article 206. <https://doi.org/10.7202/1118740ar>
- Bolduc, E. (2016). Les représentations culturelles de la santé mentale. *Le partenaire*, 25(1).
- Bolton, D., Tinland, J., Giroux, É., et Ferry-Danini, J. (2020). Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. *Archives de Philosophie*, 83(4), 13-40. <https://doi.org/10.3917/aphi.834.0013>
- Boukpepsi, T. B. (2021). *Utilisation des services de santé mentale par les immigrants africains au Québec* [PhD, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depote.uqtr.ca/id/eprint/10203/>

- Brennstuhl, M.-J., et Marteau-Chasserieu, F. (2021). *L'alliance thérapeutique : En 66 notions*. Dunod. <https://shs.cairn.info/l-alliance-therapeutique--9782100820887?lang=fr>
- Brun, A. (2016). Introduction. Dans Brun, A., et Roussillon, R. (2016). *Aux limites de la symbolisation*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brunr.2016.01.0001>
- Bureau canadien de l'éducation internationale (BCEI). (2022). *La voix des étudiants Résultats nationaux du Sondage des étudiants internationaux 2021 du BCEI*. <https://cbie.ca/wp-content/uploads/2022/08/Sondage-2021-du-BCEI.pdf>
- Bureau canadien de l'éducation internationale (BCEI). (2023). *La voix des étudiant.e.s Résultats nationaux du Sondage des étudiant.e.s internationaux.ales 2023 du BCEI*. <https://cbie.ca/fr/notre-travail/recherche/research-archives/>
- Canada, S. (2021). *Glossaire*. <https://www.canada.ca/fr/services/immigration-citoyennete/centre-aide/glossaire.html>
- Charaudeau, P. (1993). Le contrat de communication dans la situation classe. *Inter-Actions, J.F.Université de Metz*, <http://www.patrick-charaudeau.com/Le-contrat-de-communication-dans.html>
- Cohen-Emerique, M. (2015). *Pour une approche interculturelle en travail social : Théories et pratiques* (2e édition, Vol. 1-1 ressource en ligne [478 pages] : illustrations). Presses de l'École des hautes études en santé publique. <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.c>

airn.info%2Fpour-une-approche-interculturelle-en-travail-social-9782810903559.htm

Collet, X., et Beaupère, N. (2024). Les vulnérabilités étudiantes avant et pendant la crise sanitaire. *Populations vulnérables*, 10, Article 10. <https://doi.org/10.4000/1281z>

Comité de pilotage du Plan global d'intervention visant l'accueil, l'intégration, le soutien et la réussite de la population étudiante internationale (PGI-EI). (2025). Université du Québec à Trois-Rivières. <http://www.uqtr.ca/pgi-ei>

Commission de la santé mentale du Canada. (2019). *Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et les déterminants sociaux de la santé*. <https://commissionsantementale.ca/resource/les-populations-dimmigrants-de-refugies-et-de-groupes-ethnoculturels-ou-racialises-irer-et-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>

Consortium d'animation sur la persévérance et la réussite en enseignement supérieur (CAPRES). (2019). *Étudiants internationaux en enseignement supérieur*. <https://oresquebec.ca/dossiers/etudiants-internationaux-en-enseignement-superieur/>

Coulombe, V., Landry, M.-È., Bazinet, C., et Association canadienne pour la santé mentale Filiale de Montréal. (2010). *Guide des relations interculturelles en santé mentale*. Association canadienne pour la santé mentale, Filiale de Montréal. <https://acsmmontreal.qc.ca/relations-interculturelles-en-sante-mentale/>

- Cupsa, I. (2024). Choc culturel et identité. *Actualités en analyse transactionnelle*, 186(2), 3-18. <https://doi.org/10.3917/aatc.186.0003>
- Dasen, P. (1993). L'ethnocentrisme de la psychologie. In M. Rey (dir.). *Psychologie clinique et interrogations culturelles*. Paris : L'Harmattan. https://www.researchgate.net/publication/334946298_Dasen_P_R_1993_L'ethnocentrisme_de_la_psychologie_In_M_Rey_Ed_Psychologie_clinique_et_interrogations_culturelles_pp_155-174_Paris_L'Harmattan
- Deardorff, D. K. (2006). Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241-266. <https://doi.org/10.1177/1028315306287002>
- De Moissac, D., Graham, J. M., Prada, K., Gueye, N. R., et Rocque, R. (2020). Mental Health Status and Help-Seeking Strategies of International Students in Canada. *Canadian Journal of Higher Education/La Revue Canadienne d'enseignement Supérieur*, 50(4), 52-71. <https://doi.org/10.47678/cjhe.vi0.188815>
- Derivois, D. (2017). *Clinique de la mondialité. Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lapla.2017.01>
- Direction régionale de santé publique de Montréal. (2024). *Outil synthèse : Les facteurs d'influence de la santé mentale étudiante, des leviers pour agir!* (P. 31). Gouvernement du Québec ; Bibliothèque et Archives nationales du Québec. <https://stationsme.ca/personnel-des-etablissements/outils-pour-le-personnel-des->

[etablissements/outil-synthese-les-facteurs-dinfluence-de-la-sante-mentale-etudiante-des-leviers-pour-agir/](#)

Dombou, C. (2021). *Santé mentale des étudiants immigrants et leur utilisation des services de santé mentale dans les pays à revenus élevés* [Thèse de maîtrise, Université d'Ottawa]. <https://ruor.uottawa.ca/items/9aa6c9a0-0de5-4568-96cc-18ec1f2c142d>

Doré, I., et Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1). <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

Doutrelant, S. (2020). *Étude discursive de la stigmatisation de la maladie mentale : L'expérience des étudiantes et étudiants universitaires québécois* [Mémoire, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/24160>

Elshahat, S., Moffat, T., et Newbold, K. B. (2021). Understanding the Healthy Immigrant Effect in the Context of Mental Health Challenges: A Systematic Critical Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(6), 1564-1579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>

Fanon, F. (1965). *Peau noire, masques blancs* (Vol. 1-1 ressource en ligne). J.-M. Tremblay. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030294726>

- Fanon, F. (1972). *Sociologie d'une révolution : (L'An V de la révolution algérienne)* (Vol. 1-1 ressource en ligne). J.-M. Tremblay. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030294684>
- Fanon, F. (2002). *Les damnés de la terre* (Vol. 1-1 ressource en ligne). J.-M. Tremblay. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030294731>
- Ferdaoussi, A. E., et Besrour, M. (2022). *Enquête « tu t'en sors-tu ? » sur le bien-être de la communauté étudiante internationale de l'Université de Sherbrooke*. OSF. <https://osf.io/vup8k>
- Frozzini, J. (2020). Les étudiants internationaux en milieu universitaire québécois et ailleurs : Enjeux interactionnels et expériences interculturelles en contexte de mobilité. *Alterstice*, 9(2), 148. <https://www.erudit.org/en/journals/alterstice/2020-v9-n2-alterstice06475/>
- Gallais, B., Bikie, N., Nguema, B., Parent, S., Turcotte, A., et Roy, A. (2020). Enjeux et défis de l'adaptation, de l'intégration et de la réussite scolaire des étudiants internationaux dans les cégeps et les collèges francophones du Canada Les cas du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. *Jonquière (Québec) : ÉCOBES, Recherche et transfert, Cégep de Jonquière*, 48. <https://www.periscope-r.quebec/publication/61a6d84e036ba74f16368cc0>
- Gélinas-Proulx, A., Parrado Mora, E., et Desautels, M. (2020). Interactions et compétence interculturelle communicationnelle à l'UQO, une université québécoise de région

accueillant peu d'étudiants internationaux. *Alterstice*, 9(2), 21-33.
<https://doi.org/10.7202/1082526ar>

Géoconfluences (2025). Occident. Dans *Glossaire École normale supérieure de Lyon*.
<https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/occident>

Giordana, J.-Y. (2011). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier
 Health Care - Major Reference Works. <https://shop.elsevier.com/books/la-stigmatisation-en-psychiatrie-et-en-sante-mentale/giordana/978-2-294-71204-3>

Girard, V., et Bérubé, F. (2020). Interactions des étudiants internationaux à l'UQTR : Le point de vue d'étudiants résidants du pays d'accueil sur leurs interactions avec des étudiants internationaux. *Alterstice*, 9(2), 49-62.
<https://doi.org/10.7202/1082528ar>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* ([1 st Touchstone ed). Prentice-Hall.

Gouvernement du Canada, S. C. (2019). *Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019004/article/00001-fra.htm>

Grassi, V. (2005). L'imaginaire. *Sociologie de l'imaginaire et du quotidien*, 11-59.
<https://shs-cairn-info.biblioproxy.uqtr.ca/introduction-a-la-sociologie-de-l-imaginaire--9782749203973-page-11>

Hall, E. T. (1984). *Le langage silencieux*. Éditions du Seuil.

Institut de la statistique du Québec. (2015). *État de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec.*

<https://statistique.quebec.ca/fr/document/no-53-etat-de-sante-utilisation-des-services-de-sante-et-besoins-non-combles-des-immigrants-au-quebec>

Institut national de santé publique du Québec. (2023). *L'usage du concept de la vulnérabilité en santé publique* | INSPQ.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3310>

Johnson-Lafleur, J. (2016). Intervenir en santé mentale en contexte interculturel quelques enjeux à considérer. *Le partenaire*, 25(1).

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum : From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207-222.

<https://www.jstor.org/stable/3090197>

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2016). Regards sur la diversité en santé mentale. *Le partenaire*, 25(1), 35.

<https://static1.squarespace.com/static/64888bc04d229c3f54e71f55/t/65a19e3094b3bc7338ad11fe/1705090613780/partenaire-vol25no1.pdf>

Laplantine, F. (2002). Pour une ethnopsychiatrie critique. *VST - Vie sociale et traitements*, 73(1), 28-33. <https://doi.org/10.3917/vst.073.0028>

Launay, J. (2024). Comprendre les évolutions de la vulnérabilité étudiante depuis 15 ans à partir d'une analyse des protections dont disposent les étudiant-es inscrit-es en

premier cycle à l'université d'Angers. *Populations vulnérables*, 10, Article 10.
<https://doi.org/10.4000/128ly>

La profession et la réglementation. (s. d.). *L'Association canadienne de counseling et de psychothérapie*. Consulté 11 septembre 2025, à l'adresse <https://www.ccpa-accp.ca/fr/la-reglementation-au-canada/>

Le téléjournal Manitoba (2025). [Émission]. Les enjeux de santé mentale sont biaisés chez les Noirs selon des experts. *Radio-Canada*. [Les enjeux de santé mentale sont biaisés chez les Noirs selon des experts | Le téléjournal Manitoba](#)

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>

Lévy, J., Guevara Espinar, M., Frozzini, J., Bérubé, F., Côté, D., et Dubé, J. (2024). Les répercussions de la COVID-19 sur la qualité de vie des étudiant.e.s de l'international fréquentant des universités québécoises : Une perspective qualitative. *Nouvelles pratiques sociales*, 34(1), 93-115.
<https://doi.org/10.7202/1114802ar>

Maeshima, L. S., et Parent, M. C. (2022). Mental health stigma and professional help-seeking behaviors among Asian American and Asian international students. *Journal of American College Health*, 70(6), 1761-1767.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1819820>

- Massoudi, K., et Toscanelli, C. (2021). Chapitre 8. Interventions psychologiques dans un contexte multilingue et multiculturel : Enjeux et limites. Dans Rossier, J. *L'évaluation psychologique en contexte multilingue et multiculturel* (p. 157-166). Mardaga. <https://shs.cairn.info/l-evaluation-psychologique-en-contexte-multilingue--9782804708511>
- McDonald, J. T., et Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science et Medicine*, 59(8), 1613-1627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>
- Ministère de l'Enseignement Supérieur. (2021). *Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026* (No. Plan d'action ; p. 80). Gouvernement du Québec ministère de l'Enseignement Supérieur ; Bibliothèque et Archives nationales du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4379141>
- Ministère de l'Enseignement Supérieur. (2022). *Cadre de référence sur la santé mentale étudiante* (p. 35) [Cadre de référence]. Gouvernement du Québec ministère de l'Enseignement Supérieur ; Bibliothèque et Archives nationales du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/PASME_cadre-reference.pdf
- Montgomery, C., et Bourassa-Dansereau, C. (2017). *Mobilités internationales et intervention interculturelle : Théories, expériences et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.

- Mucchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives* (2e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Nepton, A., Farahani, H., Faber, S., et Williams, M. T. (2025). Exclusion and racial trauma: Mental health costs for Canadian university students of color. *Academia Mental Health and Well-Being*, 2(3). <https://www.academia.edu/2997-9196/2/3/10.20935/MHealthWellB7836>
- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : Un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>
- Office québécois de la langue française. (2016). Imaginaire. Dans *Le grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26553810/imaginaire>
- OMS. (2022). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>
- Ourhou, A. (2020). *L'accès aux soins de santé mentale à Montréal : La perception des familles immigrantes* [PhD, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depote.uqtr.ca/id/eprint/9387/>
- Ourhou, A., Bergeul, S., et Habimana, E. (2023). Les facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 44(1), 103-126. <https://doi.org/10.7202/1100439ar>

- Ourhou, A., Habimana, E., et Bergeul, S. (2022). L'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire : la perception des immigrants. *Revue québécoise de psychologie*, 43(1), 65-83. <https://doi.org/10.7202/1088841ar>
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://shs-cairn-info.biblioproxy.uqtr.ca/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019>
- Paquet, M., Coderre, M., Blain, M.-J., Institut de recherche sur les migrations et la société, et Université Concordia. (2025). Le Québec comme terre de précarité migratoire. *Acfas Magazine*. <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2025/04/quebec-terre-precarite-migratoire>
- Parizeau, M.-H., et Nurock, V. (2022). *Le care au cœur de la pandémie* (Vol. 1-1 ressource en ligne [xi, 189 pages]). Presses de l'Université Laval. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/73230>
- Prévost, P., et Roy, M. (2012). Les études de cas : Un essai de synthèse. *Revue Organisations & territoires*, 21(1), 67-82. <https://doi.org/10.1522/revueot.v21n1.292>
- Recherche en santé mentale Canada. (2023). *Examiner les expériences des nouveaux arrivants en matière de santé mentale* (p. 17) [Dossier de recherche]. Fondation Ontarienne de la santé mentale. <https://www.mhrc-rsmc.ca/nouveaux-arrivants>

- Rostirolla, D. (2018). Un « bouquet de fleurs » dans la clinique transculturelle. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 25(1), 97-110. <https://doi.org/10.3917/nrp.025.0097>
- Rousseau, C. (2020). Un numéro thématique sur la santé mentale des immigrants et réfugiés. *Santé mentale au Québec*, 45(2), 11-18. <https://doi.org/10.7202/1075385ar>
- Samii-Esfahani, C. (2025). Santé mentale : Quand l'exil universitaire mène au désespoir. *Affaires universitaires*. <https://www.affairesuniversitaires.ca/actualites/sante-mentale-quand-lexil-universitaire-mene-au-desespoir/>
- Savoie-Zajc, L. (2008). Chapitre 13 L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B. *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (p. 337-360). Presses de l'Université du Québec. <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/9782760520080-014/html>
- Stoiciu, G. (2008). L'émergence du domaine d'étude de la communication interculturelle. *Hermès, La Revue*, 51(2), 33-40. <https://doi.org/10.4267/2042/24171>
- Taylor, S. (2024) Canada, les étudiants internationaux confrontés à une détresse mentale croissante. *Le Devoir*. [Les étudiants étrangers confrontés à une détresse mentale croissante | Le Devoir](#)
- Tessier, S. (2009). *Familles et institutions : Cultures, identités et imaginaires*. Érès éd. [Familles et institutions : cultures, identités et imaginaires | Cairn.info](#)

- Tétreault, S., Guillez, P., Izard, M.-H., Morel-Bracq, M.-C., et Association nationale française des ergothérapeutes. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation : Méthodes, techniques et outils d'intervention*. De Boeck ; Solal.
- Tomès, A. (2024). *Qu'est-ce qu'un imaginaire social? Une discussion critique de Castoriadis*. Hermann. <https://shs-cairn-info.biblioproxy.uqtr.ca/qu-est-ce-qu-un-imaginaire-social--9791037038470>
- Tremblay, É. (2018). L'internationalisation des universités et la sociologie de l'éducation au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*, 64, 149-172. <https://doi.org/10.7202/1064724ar>
- Tronto Joan (2009). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. La Découverte.
- Webster, H. (1952). *Le tabou : Étude sociologique*. J.-M. Tremblay. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030466586>
- Wildinette, P. (2019). La maladie mentale, un tabou chez des étudiants internationaux. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1150947/sante-mentale-psychologue-etudiants-etrangers-nouveau-brunswick>
- Wolton, D. (1997). *Penser la communication*. Flammarion.
- Wunenburger, J.-J. (2020). *L'imaginaire* (Quatrième édition mise à jour, Vol. 1-1 ressource en ligne.). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/l-imaginaire--9782715402027>

Zolotareva, A., Maltseva, N., Belousova, S., et Smirnikova, O. (2024). Mental Health Stigma and Mental Health Literacy in Russia : Their Prevalence and Associations with Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Psychology in Russia*, 17(2), 23-33. <https://doi.org/10.11621/pir.2024.0202>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour les étudiants internationaux d'origine non occidentale

Titre de l'étude : Le recours aux services de psychologie par les étudiants internationaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières : entre communication interculturelle et imaginaires de la santé mentale.

Profil personnel et parcours académique

- Quel est votre âge ?
- À quel genre vous identifiez-vous ?
- Quel est votre groupe ethnique ou culturel ?
- Quelle est votre nationalité ? Depuis combien de temps êtes-vous au Québec ?
- Avez-vous déjà vécu dans un pays occidental avant de venir au Québec ? Si oui, où et pendant combien de temps ?
- Quelle est votre langue maternelle ? Dans quelle langue vous sentez-vous le plus à l'aise pour vous exprimer ?
- Dans quel programme et à quel cycle êtes-vous actuellement inscrit.e ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à venir étudier au Québec ?

Adaptation à la vie universitaire

- Pouvez-vous me raconter votre arrivée au Québec et les premières impressions que vous en avez eues ?
- Comment décririez-vous votre adaptation à ce nouvel environnement ?
- Quels ont été les défis rencontrés et comment les avez-vous gérés ?
- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti.e particulièrement affecté.e sur le plan psychologique ?

Croyances et représentations de la santé mentale

- Comment définiriez-vous la santé mentale ?
- Selon vous, qu'est-ce qui caractérise une « bonne » ou une « mauvaise » santé mentale ?
- Comment la santé mentale est-elle perçue dans votre pays d'origine ou au sein de votre culture ?
- Dans quelle mesure ces perceptions se rapprochent ou s'éloignent de vos représentations de la santé mentale ?
- Y a-t-il, dans votre entourage ou votre communauté, des idées ou attitudes particulières à propos de la santé mentale ?
- Avez-vous remarqué des différences entre la manière dont la santé mentale est abordée ici et dans votre pays d'origine ?

Recours aux services de psychologie

- Avez-vous déjà envisagé de consulter un service de psychologie ? Qu'est-ce qui a influencé votre décision ?
- Connaissez-vous les ressources disponibles à l'université en matière de soutien psychologique ? Que pensez-vous de ces services ?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait encourager ou freiner une personne de votre culture ou de votre pays à solliciter une aide psychologique ?
- Quels facteurs pourraient influencer cette décision ?
- Pensez-vous que les services offerts ici sont adaptés aux réalités et aux besoins des étudiants internationaux ? Pourquoi ?

Suggestions pour l'amélioration

- Qu'est-ce qui pourrait vous encourager à consulter si vous en ressentiez le besoin ?

- Quels types de soutien vous sembleraient les plus adaptés à vos besoins et à ceux d'autres étudiants internationaux qui partagent vos représentations ?
- Comment l'université pourrait-elle mieux promouvoir les services de psychologie et favoriser leur utilisation par les étudiants internationaux ?
- Selon vous, comment l'université pourrait-elle mieux sensibiliser et accompagner les étudiants internationaux en matière de santé mentale ?

Expérience de consultation

- Qu'est-ce qui vous a amené à consulter au service de psychologie ?
- Pouvez-vous me décrire votre expérience lors de votre consultation ?
- De quelle manière pouvez-vous évaluer la compréhension de vos besoins et de votre réalité psychologique, sociale, culturelle et identitaire par les professionnels rencontrés ?
- Y'a-t-il des aspects liés à vos croyances et à votre représentation de la santé mentale qui ont influencé cette expérience ?
- Avez-vous ressenti des hésitations ou des freins avant de consulter ? Si oui comment les avez-vous surmontés ?

Impact et perspectives

- Cette expérience a-t-elle influencé vos représentations de la santé mentale et de l'aide psychologique ?
- De quelle manière vos attentes ont-elles été satisfaites ou insatisfaites ?
- Comment pensez-vous que le service pourrait mieux prendre en charge la diversité des étudiants internationaux ?

Y a-t-il un aspect que nous n'avons pas abordé et que vous aimeriez partager ?

Remerciements et rappel de la confidentialité

Merci beaucoup pour votre participation. Nous vous rappelons que toutes les informations partagées lors de cet entretien seront traitées de manière confidentielle.

Annexe 2 : Guide d'entrevue pour les professionnels intervenants auprès des étudiants internationaux d'origine non occidentale

Objectif : Explorer les perceptions des professionnels sur la santé mentale des étudiants internationaux d'origine non occidentale, identifier les obstacles à la consultation et discuter des stratégies d'amélioration des services.

1. Introduction

- Pouvez-vous décrire votre rôle et votre expérience auprès des étudiants internationaux d'origine non occidentale (Afrique, Asie, Amérique Latine, Moyen-Orient...) ?
- Quelles observations avez-vous faites concernant leurs besoins en matière de bien-être psychologique ou de santé mentale ?

2. Croyances et représentations de la santé mentale

- Quels sont, selon vous, les défis les plus courants que rencontrent ces étudiants en matière de bien-être psychologique ?
- Avez-vous remarqué des différences dans la manière dont ces étudiants expriment leur mal-être, en comparaison à ceux provenant de pays occidentaux ? Si oui, quelles en sont les principales manifestations ?
- Selon votre expérience, quelles croyances ou perceptions semblent influencer leur compréhension de la santé mentale ?

3. Obstacles à la consultation et stigmatisation

- Avez-vous déjà accompagné ces étudiants vers les services de psychologie ? Comment ont-ils réagi à cette orientation ?
- Quels sont, selon vous, les principaux facteurs qui favorisent ou freinent le recours aux services de psychologie par cette population ?

- Pensez-vous que des différences culturelles ou linguistiques peuvent compliquer la relation d'aide entre les professionnels et les étudiants internationaux ? Si oui, de quelle manière ?
- Avez-vous été confronté à une situation où un étudiant international en détresse refusait de consulter ? Comment avez-vous géré cela ?

4. Stratégies et interventions possibles

- Quelles approches utilisez-vous pour établir une relation de confiance avec ces étudiants et comment évaluez-vous leurs efficacités ?
- Comment adaptez-vous votre intervention pour mieux répondre à leurs attentes et besoins ?
- Quels dispositifs ou ressources sont actuellement en place pour favoriser leur accès aux services psychologiques ? Comment évaluez-vous leur efficacité ?
- Avez-vous identifié des stratégies particulièrement efficaces pour sensibiliser ces étudiants à la santé mentale et les encourager à demander de l'aide ?
- Quelles améliorations pourraient être apportées aux services de soutien psychologique pour mieux répondre aux réalités de cette population ?
- Seriez-vous favorable à la création d'un cadre de références partagé entre ces étudiants et les professionnels de la santé mentale ? Comment imaginez-vous sa mise en œuvre ?

Y a-t-il d'autres éléments que vous aimeriez partager sur ce sujet ?

Remerciements et rappel de la confidentialité.

Annexe 3 : Nœuds thématiques Nvivo (étudiants)

Codage EI							
Rechercher Projet							
Nom	Fichiers	Références	Créé le	Créé par	Modifié le	Modifié par	
○ Défis Biopsychosociaux	10	94	2025-09-23 19:13	NMGP	2025-10-10 16:02	NMGP	●
○ Imaginaires de la santé mentale	10	115	2025-09-24 10:21	NMGP	2025-10-10 16:10	NMGP	●
○ Imaginaires personnels	10	26	2025-09-24 10:22	NMGP	2025-10-05 12:12	NMGP	
○ Imaginaires socioculturels	10	83	2025-09-24 10:22	NMGP	2025-10-10 16:11	NMGP	
○ Imaginaires spirituels	3	4	2025-09-24 10:22	NMGP	2025-10-01 08:51	NMGP	
○ La santé mentale	10	165	2025-10-06 08:28	NMGP	2025-10-10 16:11	NMGP	●
○ Définition de la santé mentale	10	28	2025-09-23 19:08	NMGP	2025-10-10 16:06	NMGP	
○ Expression de la santé mentale	10	137	2025-10-05 10:32	NMGP	2025-10-06 17:13	NMGP	
○ Motivation	10	19	2025-09-23 19:04	NMGP	2025-10-01 08:41	NMGP	●
○ Premières impressions	8	12	2025-09-23 20:11	NMGP	2025-10-04 10:40	NMGP	●
○ Recours aux services	10	127	2025-10-04 09:59	NMGP	2025-10-05 09:07	NMGP	●
○ Appréciation des services	4	12	2025-09-29 18:04	NMGP	2025-10-10 16:06	NMGP	
○ Barrières à la consultation	8	44	2025-09-23 19:12	NMGP	2025-10-10 16:06	NMGP	
○ Besoins exprimés	8	13	2025-09-23 19:57	NMGP	2025-10-10 16:06	NMGP	
○ Facteurs de favorisation	9	58	2025-09-23 19:15	NMGP	2025-10-10 16:06	NMGP	
○ Stratégies d'adaptation	10	31	2025-09-23 20:25	NMGP	2025-10-06 11:34	NMGP	●

Annexe 4; Nœuds thématiques Nvivo (Professionnels)

Codage Pro							
Rechercher Projet							
Nom	Fichiers	Références	Créé le	Créé par	Modifié le	Modifié par	
○ Cadre de référence	5	11	2025-10-03 08:45	NMGP	2025-10-07 19:24	NMGP	●
○ Défis Biopsychosociaux	5	46	2025-10-03 08:30	NMGP	2025-10-07 19:24	NMGP	●
○ Bio-psy	5	15	2025-10-07 19:11	NMGP	2025-10-07 19:12	NMGP	
○ Sociaux-académiques	5	26	2025-10-07 19:12	NMGP	2025-10-07 19:24	NMGP	
○ Imaginaires et Recours aux services	5	35	2025-10-03 08:39	NMGP	2025-10-07 19:24	NMGP	●
○ Barrières à la consultation au service	4	11	2025-10-03 08:41	NMGP	2025-10-07 18:58	NMGP	
○ Imaginaires de la santé mentale	5	23	2025-10-03 08:31	NMGP	2025-10-07 19:17	NMGP	
○ Profils et fonctions	5	11	2025-10-07 08:54	NMGP	2025-10-07 19:24	NMGP	●
○ Stratégies efficaces	5	83	2025-10-03 08:38	NMGP	2025-10-07 20:06	NMGP	●
○ Lien de confiance	5	71	2025-10-03 08:37	NMGP	2025-10-07 20:59	NMGP	
○ Mozaic	3	4	2025-10-03 10:23	NMGP	2025-10-07 07:40	NMGP	
○ Repairs	5	6	2025-10-03 10:23	NMGP	2025-10-07 20:58	NMGP	
○ Suggestions	5	21	2025-10-07 19:36	NMGP	2025-10-07 20:59	NMGP	●
○ Accessibilité	4	4	2025-10-03 10:10	NMGP	2025-10-07 07:39	NMGP	
○ Représentativité des intervenants	2	5	2025-10-03 10:13	NMGP	2025-10-04 09:08	NMGP	
○ Stratégies informelles	4	6	2025-10-03 10:09	NMGP	2025-10-07 20:00	NMGP	