

Université de Montréal

Les maux de ventre des enfants haïtiens de Montréal :
entre la recomposition culturelle et la souffrance familiale

par
Liliana Gomez Cardona

Département d'anthropologie, Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
en anthropologie

Février 2010

© Liliana Gomez, 2010

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les maux de ventre des enfants haïtiens de Montréal :
entre la recomposition culturelle et la souffrance familiale

Présenté par :

Liliana Gomez Cardona

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Gilles Bibeau : président-rapporteur
Sylvie Fortin : directrice de recherche
Christophe Faure : codirecteur de recherche
Deirdre Meintel : membre du jury

Mémoire accepté le :

Mars 2010

RÉSUMÉ

Le mal de ventre chez les enfants est un lieu de métissage et de créolisation traversé par des dimensions sociales et culturelles. Il est construit collectivement au sein des familles nucléaires avec leurs parcours migratoires et leurs souffrances. Par le biais d'entretiens menés auprès de familles haïtiennes vivant à Montréal, nous documentons les trajectoires de ces douleurs, dans lesquelles les perceptions, les explications et les moyens mis en œuvre pour les soulager interagissent d'une manière dynamique. En général, les enfants perçoivent leurs maux de ventre comme une expérience insaisissable, diffuse et ayant un impact sur leur vie sociale, tout en étant tolérés par les enfants et par les mères. Ces familles n'ont pas reçu de diagnostic médical et elles attribuent à ces maux des explications provisoires en constante recomposition. En général, elles ont recours à différentes méthodes de prise en charge des maux de ventre. L'espace familial, les activités réalisées au sein des églises et la médecine officielle sont des espaces thérapeutiques privilégiés.

Mots clés : mal de ventre, métissage, créolisation, immigration, Haïtiens, espace thérapeutique, recomposition culturelle, souffrance sociale, enfant, pluralisme médical religieux, anthropologie médicale.

SUMMARY

Belly-stomachaches in children are a space of hybridity and creolization, affected by social and cultural dimensions. These aches are collectively constructed within nuclear families, with their migratory histories and their sufferings. Having interviewed Haitian families living in Montreal, we documented the illness trajectories, the perceptions, explanations and means of relieving the aches, which all interact in a dynamic mode. Generally speaking, the children perceive their belly-stomachaches as an irregular experience that has an impact on their social life, although tolerated by the children and their mothers. Families have not received a medical diagnosis and give temporary, changing explanations to the aches, in a constant reformulation. In general, families will use different methods to deal with belly and stomach aches. The family space, church activities, and official medicine are privileged therapeutic spaces.

Keywords: bellyache/stomachache, hybridity, creolization, immigration, Haitians, therapeutic space, cultural reconstitution, social suffering, child, medical religious pluralism, medical anthropology.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	iii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I.....	4
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	4
1.1. État de la question et objet de la recherche	4
1.2. Tendances conceptuelles en anthropologie médicale.....	8
1.3 Migration et notion de « culture »	14
1.4 Migration et discrimination.....	17
1.5 Santé et identité en contexte migratoire	21
1.5.1 Santé et identité : des pratiques hybrides et plurielles.....	21
1.5.2 Le cas des migrants afro-américains	26
CHAPITRE II.....	32
LES HAÏTIENS À MONTRÉAL : ÉTAT DE LA SITUATION	32
2.1 Historique migratoire.....	32
2.2 Profil socioéconomique	34
2.2.1 Localisation géographique et logement	34
2.2.2 Les conditions scolaires et économiques	35
2.3 Les structures familiales haïtiennes au Québec	36
2.4 La population haïtienne à Montréal.....	39
2.5. La santé chez les immigrants haïtiens	40
2.5.1 Les représentations du vaudou et de la médecine créole	42
2.6. Les pratiques religieuses des immigrants haïtiens à Montréal.....	44
CHAPITRE III	47
Partie 1 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	47
3.1 Question de recherche et objectifs.....	47

3.2 Une approche qualitative	48
3.3 L'échantillon	49
3.3.1 Le recrutement.....	49
3.4 La collecte des données	50
3.4.1 L'entretien	51
3.5 Considérations éthiques	51
3.6 Des relations entre le sujet qui étudie et le sujet étudié.....	52
3.7 Organisation et analyse des données	53
3.8 Limitations méthodologiques.....	54
CHAPITRE III	55
PARTIE 2 : PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS.....	55
3.9 Caractéristiques générales des participants	55
3.9.1 La famille Cadet	56
3.9.2. La famille Chauvet	57
3.9.3 La famille Roney.....	58
3.9.4 La famille Moïse.....	60
3.9.5 La famille Pétrus	61
3.10 Familles : points communs et divergences.....	62
CHAPITRE IV	67
LES SYMPTÔMES ET LES SIGNES LIÉS AUX MAUX DE VENTRE.....	67
4.1. Les façons de nommer, de décrire et de mesurer les maux de ventre.....	67
4.1.1 L'endroit	68
4.1.2 L'intensité et la fréquence	69
4.2. D'autres symptômes et sensations liés aux maux de ventre.....	71
4.2.1 Des maux de tête	71
4.2.2 Des vomissements.....	72
4.2.3 De la diarrhée et de la constipation.....	74
4.2.4 Des saignements de nez	74
4.2.5 D'autres sensations.....	74
4.3 Les sentiments et les émotions.....	77

4.3.1 De la solitude, de l'isolement et de la souffrance sociale	77
4.3.2 De la fatigue, de l'irritabilité et le rapport à autrui	81
4.4 Le seuil de tolérance aux maux de ventre.....	82
4.5 Les contextes d'apparition des maux de ventre	84
CHAPITRE V.....	88
LES EXPLICATIONS ET LE SENS DES MAUX DE VENTRE.....	88
5.1 Les tentatives d'explication des maux de ventre	88
5.1.1. Les causes physiologiques	89
5.1.2. Les causes biologiques	96
5.1.3. Les causes sociales.....	101
5.2. Des explications latentes	105
CHAPITRE VI.....	114
ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES FACE AUX MAUX DE VENTRE.....	114
6.1 Espaces thérapeutiques et trajectoire de maladie.....	114
6.1.1 Les soins familiaux	115
6.2 Le pluralisme médical religieux	127
6.2.1 L'Église, la religion et les conseils des Haïtiens.....	128
6.2.2 Le recours à la médecine officielle	133
CHAPITRE VII	138
LES LOGIQUES QUI DÉPASSENT LA TRAJECTOIRE DES MAUX DE VENTRE.....	138
7.1 Des maux de ventre flous, des explications provisoires, des soins multiples. 138	
7.1.1 L'alimentation, les maux de ventre et le rôle maternel.....	139
7.1.2 Les jeux et l'enfant comme sujet de ses maux de ventre	140
7.1.3 La contagion, la discrimination et le repli sur l'espace thérapeutique familial	141
7.1.4 Les maux de ventre, les pressions scolaires et la souffrance sociale... 143	
7.1.5 Le pluralisme médico-religieux.....	145
7.2 Pas de diagnostic de maladie, pas de consultation médicale	147
7.3 La dynamique familiale	149
CONCLUSION	152

BIBLIOGRAPHIE	159
Appendice A	171
Population selon certaines origines ethniques par régions métropolitaines de recensement	171
Appendice B	173
Entrevue sur les points tournants (version enfants)	173

REMERCIEMENTS

Nous désirons d'abord remercier les personnes qui ont accepté de prendre part à la recherche ayant mené à ce mémoire de maîtrise. Nous tenons à reconnaître particulièrement l'appui de Marie-Lucie Ambroise, infirmière à l'Hôpital Sainte-Justine, et de Merlaine Brutus, de l'organisme *Kouzin Kouzin*.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien indéfectible de Sylvie Fortin, notre directrice de recherche. Elle a su nous guider dans la production de ce travail avec beaucoup de disponibilité, de patience et de générosité.

Notre reconnaissance va également à notre co-directeur de recherche, Christophe Faure, pour avoir pris le temps de discuter de cette recherche avec nous.

Nous remercions l'Unité de pédiatrie interculturelle (UPI) de l'Hôpital Sainte-Justine, qui nous a non seulement appuyée financièrement, mais qui a constitué une ressource importante dans notre cheminement intellectuel d'étudiante et de chercheuse.

Nous tenons à dire un merci particulier à nos collègues de travail et d'étude, Vincent Duclos et Annie Gauthier, pour leurs conseils et leur appui. Ils sont venus nourrir notre réflexion et notre écriture au bon moment.

C'est avant tout à la présence et au soutien de notre mère et de notre famille auxquels nous devons d'avoir achevé ce mémoire de maîtrise. Enfin, nous remercions Dominic et Nicole Ferland pour leur soutien et leur amour.

INTRODUCTION

Ce mémoire vise à documenter les perceptions, les explications et les actions associées aux maux de ventre chez les enfants, du point de vue des familles haïtiennes vivant à Montréal. Notre problématique s'est orientée vers l'analyse des symptômes, des explications et des significations qui sont attribués à ces douleurs et vers les moyens de les soulager. Nous visons également à élucider et à analyser l'articulation de ces niveaux sémiologique (les symptômes), interprétatif (les explications) et pragmatique (les actions), en faisant ressortir les logiques qui traversent la trajectoire de ces douleurs. Nous adoptons une perspective anthropologique, interprétative et critique, étant donné que nous abordons ce problème de santé dans ses dimensions culturelle, sociale et historique des familles en contexte migratoire.

Dans le premier chapitre, nous présentons la problématique, un survol de la documentation sur le sujet, les principales perspectives théoriques de l'anthropologie médicale et les outils conceptuels utilisés. Nous adoptons une perspective herméneutique, centrée sur les récits des enfants et de leur mère. Nous avons également un point de vue constructiviste sur les maux de ventre, situant ces douleurs comme une construction sociale, une entreprise sémantique complexe et dynamique. Les relations au sein des familles nucléaires, avec leurs parcours historiques et sociaux jouent un rôle important dans le façonnement de ces douleurs. De même, nous retenons une position critique par rapport aux conditions sociales, économiques et politiques dans lesquelles ces familles vivent.

Dans le deuxième chapitre, nous dressons un portrait général des Haïtiens à Montréal, en ayant recours aux statistiques officielles et à quelques recherches qualitatives. Les principaux aspects à retenir sont leur historique migratoire, leurs conditions socioéconomique et épidémiologique, leurs comportements par rapport aux services de santé et leur organisation communautaire. Ces aspects généraux sont mis en discussion avec les caractéristiques particulières que chaque groupe familial présente (et dont nous faisons l'exposé dans le chapitre concernant la méthodologie).

Dans le troisième chapitre, nous présentons le cadre méthodologique utilisé pour récolter les données du terrain et pour les analyser. Notre méthodologie qualitative s'appuie sur la réalisation de treize entretiens semi-dirigés, dont cinq avec des groupes familiaux et huit individuels avec les enfants atteints de maux de ventre. Les principaux sujets et les principales variables à aborder sont d'ordre sociodémographique, sémiologique (la perception et l'expression des symptômes et des signes de maladie), interprétatif (les explications et les significations) et pragmatique (les réponses et les actions visant le soulagement). Nous exposons également quelques réflexions sur les relations entre les sujets étudiés et la chercheuse. Ces relations occupent une place importante dans la composition de notre échantillon et dans la construction de cette recherche. Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous présentons des caractéristiques sociodémographiques particulières à chaque famille participante, dans le but de montrer leurs points communs, leurs divergences et leurs particularités par rapport aux profils statistiques.

Le quatrième chapitre est consacré à la présentation des termes que les enfants utilisent pour faire référence aux maux de ventre. Nous explorons également la perception et l'expression des maux de ventre, et la façon dont ces enfants et leurs mères se représentent cette expérience. Nous présentons aussi les différents symptômes et sentiments liés aux maux de ventre, la place que ceux-ci occupent dans la vie des enfants et de leur famille ainsi que leur impact sur leur vie sociale.

Dans le cinquième chapitre, nous abordons les explications que ces familles donnent aux maux de ventre de leurs enfants. Dans le but d'ordonner ces différents modèles d'explication, nous établissons une classification à partir des principaux facteurs déclencheurs de ces douleurs. Nous soulignons toutefois le caractère fluide, dynamique, collectif et de processus qui se trouve à la base des explications données par ces familles.

Le sixième chapitre est consacré à la documentation des espaces thérapeutiques et des moyens de soulagement des maux de ventre privilégiés par les familles. Nous exposons également l'impact que les actions et les ressources utilisées ont sur le plan des rôles sociaux et des relations entre les membres de la famille. Le recours aux services de soins de santé officiels, les opinions par rapport aux consultations médicales et la pluralité des ressources médicales et religieuses mobilisées sont aussi documentés.

Enfin, dans le septième chapitre, nous présentons l'articulation des symptômes, des explications attribuées et des actions entreprises par ces familles face aux maux de ventre de leurs enfants. Nous élucidons les tendances et les interactions qui traversent les différentes dimensions (sémiologique, sémantique et pragmatique) de la trajectoire de ces douleurs. Ces logiques répondent au processus propre à l'une ou l'autre des familles, et elles ont comme fondement les dynamiques, les rôles et les relations familiales, les expériences passées, les parcours migratoires et les conditions sociales des familles et de leurs membres.

CHAPITRE I

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Ce chapitre cerne le cadre théorique utilisé dans notre mémoire, qui porte sur l'étude des perceptions, des explications et des solutions mises de l'avant par les Montréalais d'origine haïtienne en regard des maux de ventre de leurs enfants. Ce cadre théorique est emprunté à l'anthropologie médicale herméneutique, constructiviste et critique des dernières décennies, et le *système de signes, sens et actions*¹ constitue son modèle d'analyse. Nous y présentons également d'autres outils conceptuels utilisés pour mieux comprendre l'inscription des variables historiques, culturelles et sociales dans les interprétations et les réponses des familles face à ce problème de santé ; ces variables sont principalement la trajectoire migratoire, les conditions de vie, l'histoire et la dynamique familiales.

1.1. État de la question et objet de la recherche

Très peu d'auteurs se sont penchés sur la santé des immigrants d'origine haïtienne à Montréal dans une perspective qui laisse place à leur discours. Les travaux sur les principaux problèmes de santé affectant cette population² remontent aux années 1980 et 1990. Parmi ceux-ci, quelques-uns ont signalé les principaux motifs de consultation médicale, tels que les désordres psychosomatiques et fonctionnels, les problèmes de nutrition, la tuberculose (Roy 1982), l'anémie falciforme (Douyon 1982), les problèmes d'adaptation scolaire (Fouché 1982 ; Ollivier et Pierre-Jacques 1982) et la violence intrafamiliale (Tourigny et Bouchard 1990). D'autres études ont indiqué que les migrants haïtiens tendent à très peu utiliser les services de santé biomédicaux de la société québécoise (Wadsworth *et al.*, 1971 ; Dannel et Cartwright 1972 ; Weidman 1978 ; Bibeau 1982 ; Massé 1995). Une étude plus récente, réalisée par l'Institut de la Statistique du Québec et par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux portant sur l'état de santé et les caractéristiques sociodémographiques des immigrants haïtiens arrivés à Montréal entre 1988 et 1997 a également démontré que cette population accède moins aux services de santé et

¹ Corin *et al.* 1990.

² Cette étude n'aborde pas la question de l'ethnicité et considère Haïti comme le lieu de naissance des parents touchés par cette étude.

aux consultations médicales que le reste de la population québécoise. Pourtant, des études ont montré que ces immigrants utilisent autant les services de soins de santé institutionnalisés que d'autres options thérapeutiques alternatives pour se soigner (Bibeau 1982 ; Massé 1995 ; Brodwin 1996). Les motifs de cette situation demeurent inconnus (Institut de la Statistique du Québec et Ministère de la Santé et des Services Sociaux 2006). Il en est de même des habitudes des migrants haïtiens en termes de soins de santé et de ressources utilisés, de leurs représentations concernant la santé et les maladies, tout comme il manque d'évaluations systématiques sur l'état de santé de cette population.

La majorité des études ayant abordé la question de la santé chez les immigrants haïtiens à Montréal sont ancrées dans une perspective épidémiologique ou psychologique (Wadsworth *et al.*, 1971 ; Dannel et Cartwright 1972 ; Weidman 1978 ; Bijou et Boncy 1997). Très peu de recherches anthropologiques ont été réalisées sur le sujet. Parmi les apports les plus récents qui tiennent compte autant des données épidémiologiques que des données qualitatives, on trouve l'analyse de Massé (1995) sur les principaux facteurs qui influencent la santé des immigrants haïtiens à Montréal. Qu'ils soient prémigratoires ou postmigratoires, ces facteurs peuvent, selon Massé, agir en tant que source de protection ou encore de vulnérabilité, selon les conditions concrètes de la vie de chaque individu. Parmi ces facteurs, il y a les menaces à la sécurité personnelle, la précarité économique, la discrimination raciale, la structure familiale, le mauvais état du lieu d'habitation, l'impossibilité de retourner dans le pays d'origine, les liens sociaux avec la famille élargie et avec la communauté haïtienne locale (Massé 1995). Il y a aussi quelques études qui ont été réalisées en sciences humaines appliquées et en travail social qui s'intéressent surtout aux aspects liés à la structure familiale des immigrants haïtiens à Montréal (Argant Le-Clair 1991 ; Claire 2005 ; Compere et Craan 1997). Les représentations et les actions en matière de santé des immigrants d'origine haïtienne à Montréal restent donc encore à découvrir, considérant le peu d'intérêt scientifique qui leur a été porté à ce jour. On note également un manque d'études qui illustrent le point de vue des familles, des parents et des enfants en ce qui concerne la santé et les maladies des plus petits.

Si on considère l'importance de l'immigration haïtienne au Québec, selon le recensement de 2006, les Noirs formaient la minorité visible la plus importante au Québec, avec 188, 100 personnes. Au Québec, quatre Noirs sur dix sont nés au Canada ; le principal pays de

naissance des immigrants noirs du Québec est Haïti, avec 52,5 %. Ils forment également la première minorité visible en importance dans la région métropolitaine de Montréal, avec 169 100 personnes représentant près de 21,6 % de tous les Noirs du Canada. Environ 55,9 % des Noirs de Montréal sont nés à l'étranger, et plus de la moitié de ceux-ci, 55,4 %, sont natifs d'Haïti (Statistique Canada 2009). C'est pourquoi une meilleure connaissance des représentations et des comportements des immigrants haïtiens par rapport à la santé nous semble nécessaire. Dans cette perspective, cette recherche sur les maux de ventre chez les enfants s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large³, dans laquelle nous nous proposons de répondre, parmi d'autres questions, à celle concernant le faible taux des familles immigrantes qui consultent la clinique de gastro-entérologie du CHU Ste-Justine pour les maux de ventre de leurs enfants⁴. Nous nous intéressons ici aux représentations qu'entretiennent les familles haïtiennes à Montréal à l'égard des soins de santé et des maux de ventre.

D'un autre côté, des données épidémiologiques suggèrent que les taux de prévalence des désordres fonctionnels de l'intestin⁵ augmentent un peu partout dans le monde (Okeke *et al.*, 2005 ; Olubuyide *et al.*, 1995). Bien que des études signalent des facteurs psychosociaux de risque comme le stress (Gaynes et Drossman 1999 ; Levy *et al.*, 2006), les différences culturelles aux plans de la perception, de l'interprétation des symptômes et du seuil de tolérance à la douleur (Masud *et al.* 2001 ; Talley *et al.*, 1991) sont très peu connues. Aussi, l'influence de la famille dans le modelage et le renforcement des comportements de l'enfant face à la maladie (Kanasawa *et al.*, 2004 ; Crane *et al.*, 2004 ; Lindley *et al.*, 2005) tout comme les autres dimensions socioculturelles associées à ce type de maladie restent encore peu explorées. L'épidémiologie met surtout l'accent sur l'influence du comportement

³ Il s'agit d'une recherche menée par une équipe pluridisciplinaire composée d'anthropologues médicaux (Sylvie Fortin et Gilles Bibeau) et de gastroentérologues du CHU Sainte-Justine (Christophe Faure et Andrée Rasquin-Weber), coordonnée par Annie Gauthier et soutenue par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ 2008-2011).

⁴ Dans cette unité clinique, la présence de la patientèle immigrante est moindre que celle non immigrante, et ce, même si parmi les familles qui consultent ce centre hospitalier, plus de 40 % sont immigrantes et réfugiées (Gauthier *et al.*, 2003). De plus, les troubles fonctionnels de l'intestin constituent un des principaux motifs de consultation à la clinique de gastro-entérologie du centre hospitalier mentionné, mais encore une fois peu de familles immigrantes tendent à consulter pour ce motif.

⁵ Dans la documentation médicale, quand il y a des douleurs abdominales et qu'il n'y a aucune anomalie anatomique ou biochimique qui puisse à elle seule expliquer ces douleurs, on nomme et classe ce problème comme un désordre de la fonction gastro-intestinale dit « désordre fonctionnel de l'intestin » ou « syndrome de l'intestin irritable » (Cathébras 2006).

individuel sur la santé et la maladie, négligeant quelque peu les dimensions sociales et culturelles. C'est dans ce sens qu'une approche anthropologique centrée sur l'expérience des enfants et de leurs familles se veut pertinente et enrichissante quant à la compréhension des problèmes gastriques. C'est dans un tel contexte que nous nous demandons comment s'organisent, s'ordonnent et se structurent les récits des familles par rapport aux maux de ventre de leurs enfants. Quels sont les conceptions, les sens, les explications et les façons d'agir face à ce problème de santé ? En d'autres termes, quels sont les principaux noyaux de signification et d'expérience autour des maux de ventre chez les enfants de quelques familles migrantes d'origine haïtienne à Montréal.

Les immigrants d'origine haïtienne représentent un groupe d'étude intéressant, non seulement parce qu'ils constituent une des minorités visibles les plus nombreuses à Montréal, mais parce qu'ils sont porteurs de « traditions » culturelles différentes des « traditions » du groupe majoritaire local⁶. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les modalités d'appropriation du corps, les manières de penser et de traiter les maladies, tout comme d'autres aspects de la socialisation (Brodwin 1996 ; Laguerre 1987 ; Métraux 1958). De plus, bien que les Haïtiens en contexte migratoire suscitent un intérêt particulier chez les professionnels de la santé publique, de la médecine et de l'anthropologie depuis quelques décennies, notamment en ce qui concerne leurs catégories étiologiques (Craan 1991 ; Massé 1995 ; Weidman 1978), il n'existe pas d'étude sur les problèmes de ventre, ni d'étude qui prennent en compte les points de vue des familles et de leurs enfants en dehors du contexte clinique.

Cette recherche se veut innovatrice à plusieurs niveaux. Premièrement, elle apporte des connaissances quant à la santé d'un des groupes d'immigrants les plus nombreux à Montréal. Deuxièmement, elle permet de s'approcher des représentations et des soins de santé d'un problème particulier (les troubles fonctionnels de l'intestin) qui atteint les enfants et dont la prévalence augmente partout dans le monde (Okeke *et al.*, 2005 ; Olubuyide *et al.*, 1995). En troisième lieu, une telle recherche ouvre la voie aux perspectives des familles et

⁶ La notion de minoritaire-majoritaire, telle que développée par Guillaumin (1972), ne renvoie pas à l'importance numérique, mais à celle du groupe de référence de celui qui incarne la norme dans le milieu donné.

de leurs enfants, en apportant des renseignements précieux pour la pratique pédiatrique en milieu clinique interculturel et pluriel.

Sur ce dernier point, les résultats de ce mémoire pourront servir à la pratique clinique dans un milieu pluraliste comme le cadre montréalais. En effet, des études ont démontré que le pronostic de guérison et de mieux-être s'améliore quand on tient compte des variables sociales dans l'évaluation et le traitement. Aussi, d'autres études en anthropologie médicale ont montré que les structures des institutions d'accueil doivent faire plus de place aux normes et aux valeurs portées par l'Autre, afin d'être efficaces sur le plan thérapeutique (Fortin 2004 : 95). Enfin, l'identification, l'interprétation et le vécu de la maladie pour l'enfant et sa famille renvoient à des valeurs fondamentales qui varient d'un ensemble culturel à un autre (Barnes *et al.*, 2000, dans Fortin 2004). Bref, il existe plusieurs dimensions essentielles et déterminantes à la réussite d'un projet thérapeutique, comme la prise en compte de l'environnement familial et social du patient, les rapports au corps, à la santé et à la maladie ou encore l'acceptation ou la résistance aux traitements suggérés (Fortin 2004 : 98). Les résultats de cette recherche visent à apporter une meilleure connaissance de telles dimensions.

1.2. Tendances conceptuelles en anthropologie médicale

C'est en ayant pour objectif de nous situer par rapport aux principaux courants de cette discipline, d'ordonner notre pensée et de trouver des pistes pour comprendre notre objet d'étude que nous avons recours, dans ce mémoire, aux outils conceptuels issus de l'anthropologie, notamment de l'anthropologie médicale. Aussi, ces influences théoriques sont appuyées par le souci interdisciplinaire d'emprunts d'idées et de concepts provenant de différents domaines. Notre propos est de démontrer la complexité qu'implique une étude des différents processus associés au vécu de la santé et de la maladie. Le recours à des disciplines variées nous semble fondamental.

À partir de perspectives et de méthodologies différentes et flexibles, les anthropologues médicaux explorent le monde de la santé, de la maladie et de la guérison. Ils tendent à partager leur intérêt pour la compréhension de l'articulation entre l'écologie, la biologie et la culture. On peut distinguer trois principaux groupes d'anthropologues médicaux, qui ont contribué, chacun à leur façon, à mettre en évidence le rôle joué par le social et le culturel

dans l'étude des problèmes de santé des populations. D'abord, on trouve les anthropologues médicaux, qui s'appuient sur l'anthropologie biologique et qui s'intéressent à l'anthropométrie, à la génétique des populations, à l'anatomie comparée et aux variations biologiques en fonction des écosystèmes et du processus d'hominisation. Il s'agit d'études empiriques, représentatives du paradigme de l'écologie et de l'épidémiologie sociale et culturelle des années 1950 et 1960.

En deuxième lieu, on peut parler d'un groupe d'anthropologues intéressés par les aspects symboliques des systèmes médicaux. Ils se sont surtout inscrits dans une approche culturaliste et ils ont été de plus en plus orientés vers des analyses textuelles, herméneutiques et phénoménologiques. Des travaux pionniers dans cette orientation théorique ont été réalisés par H. Fabrega, A. Kleinman, B. Good et Weidman dans les années 1970. À partir de cette perspective, les chercheurs ont essayé de tracer des ponts entre les systèmes de signification, les processus biologiques et les environnements, en mettant l'accent sur l'influence que la culture exerce sur le vécu des expériences de la maladie et de la souffrance.

Puis, l'anthropologie médicale a été fortement influencée par le courant constructiviste, posant les maladies, le corps et la santé comme des réalités produites dans un contexte culturel et historique spécifique. La maladie apparaît alors comme une expérience créée dans une relation dialectique entre des codes culturels, des processus biologiques et une certaine agentivité. Elle se construit aux frontières de l'individuel et du collectif, du social, du culturel et de l'historique. Le corps humain, dans ce qu'il a de plus biologique, ne saurait alors être abordé en dehors des relations sociales, des rapports de pouvoir qui servent de contexte à son façonnement (Kleinman 1988 ; Pandolfi 1993 ; Lock 2002 ; Schepers-Hugues et Lock 1987 ; Fassin 1996). Les études réalisées auprès des différents groupes culturels d'une telle anthropologie médicale ont alimenté une position critique par rapport à la biomédecine, en soulignant des aspects tels que l'aliénation et la déshumanisation des relations sociales, la bureaucratie, la fragmentation du corps et de la maladie, le réductionnisme biologique, la croissante technisation de la biomédecine et son intolérance face à d'autres formes de savoir. Ainsi, ce groupe d'anthropologues médicaux, qui a connu un certain succès dans les années 1990, s'est inscrit dans la perspective de l'économie politique et critique, en questionnant les rapports de pouvoir, les structures et les inégalités

sociales, les différentes formes de violence et d'injustice, en même temps que leur incidence sur la santé et sur les maladies des personnes. D'autres sujets de recherches ont été la construction sociale des catégories de maladies, de différentes pathologies, des médicaments, la marchandisation des produits pharmaceutiques ainsi que la manière dont ils cachent des inégalités, des violences et des injustices sociales.

Tel qu'en témoignent ces anthropologues critiques, le macrocontexte social dans lequel les personnes et les populations s'inscrivent est fondamental pour comprendre leurs représentations de la santé et de la maladie ainsi que les pratiques de recherche d'aide de soins et les itinéraires thérapeutiques. Néanmoins, notre approche ne se concentre pas sur l'analyse et sur le dévoilement des rapports de pouvoir qui servent de trame de fond à la prévalence d'une maladie et au discours qui la concerne, mais plutôt sur le point de vue des familles par rapport à un problème de santé spécifique. Nous empruntons toutefois à cette perspective critique de l'anthropologie médicale le fait d'inscrire la position des sujets étudiés au centre de rapports de pouvoir contextualisés, parce qu'ils nous semblent très important pour mieux les comprendre et les situer en tant que sujets dominés et stigmatisés.

C'est dans le but d'apprécier et de comprendre la réalité sociale de la maladie que Byron Good et Mary-Jo DelVecchio-Good (1980) ont travaillé à l'élaboration d'une approche centrée sur la signification et sur l'expérience de la maladie. Considérant que le niveau narratif est la source à partir de laquelle les individus façonnent leurs expériences, une telle approche place les récits et les narrations au centre de son analyse (Kleinman 1988 : 5). C'est dans un tel contexte que de nombreux anthropologues médicaux se sont concentrés sur les récits et sur les histoires de maladies racontés par les patients et les familles (Fassin 2000 : 98). Eisenberg (1977) a, par exemple, établi une distinction entre les différentes dimensions, perceptions et versions de la maladie, à l'aide des concepts d'*illness*, de *disease* et de *sickness*. Le terme *illness* évoque les différentes perceptions, classifications, significations, explications et réactions des individus face aux problèmes de santé ou à tout autre état physique ou psychologique socialement stigmatisé (Kleinman 1988 : 4). C'est ainsi que les modèles explicatifs, les notions et les explications que les personnes donnent à la maladie sont considérés comme une partie intégrante de leurs expériences. D'un autre côté, la réalité physique et physiologique de la maladie peut être saisie à l'aide du concept de *disease*, faisant référence à la perception de la maladie d'un point de vue biomédical, c'est-

à-dire à une anomalie dans la structure et/ou le fonctionnement des organes ou du système physiologique selon ce système de classement (Kleinman 1988). Enfin, une troisième dimension de la maladie est liée à sa nature intersubjective et socialisée, et on s'y réfère par l'entremise du concept de *sickness*. Celui-ci fait référence à la façon la plus généralisée de comprendre et d'agir face à la maladie dans une population donnée. Cette élaboration sociale de la maladie est produite dans la rencontre de différentes forces économiques, politiques, institutionnelles et macrosociales (Marzano 2007 ; Young 1982).

D'après Kleinman (1988), les significations accordées à la maladie sont le résultat de dynamiques collectives de négociation, et chaque famille attribue un sens et une signification particulière à son vécu concernant la maladie. Ainsi, il faut tenir compte et analyser les versions données par chaque personne, c'est-à-dire par la personne directement touchée par le malaise et par les différents individus qui l'entourent. Cela est essentiel, puisque la maladie est un processus intersubjectif, une réalité construite socialement et contextuellement, dans laquelle les différents acteurs sociaux sont plus ou moins en accord et agissent dans la vie quotidienne comme si la maladie et la santé avaient une expérience objective et réelle (Kleinman 1988). De plus, certaines conditions sociales spécifiques, notamment la famille, le milieu de travail et l'environnement quotidien, nourrissent les expressions d'affliction, les idiomes de souffrance, les plaintes et la manière particulière de parler de la maladie. Par exemple, bien qu'il y ait des caractéristiques psychologiques individuelles pouvant avoir des conséquences d'une certaine manière sur les somatisations, les familles contribuent notamment à la somatisation de leurs membres à travers des formes verbales et non verbales, conscientes et non conscientes. Selon Kleinman (1988), les familles alimentent certains types de somatisation par leurs comportements et leurs réponses. Les comportements de l'enfant par rapport à la maladie peuvent ainsi être influencés par les parents (Walker *et al.* 1991). Les expériences personnelles de la maladie, les épisodes de maladie des proches et le comportement des parents vis-à-vis les maladies infantiles sont des facteurs susceptibles d'induire ou de renforcer des conduites de somatisation chez les plus jeunes (Cathébras 2006). Certaines analyses démontrent en ce sens des associations entre les hauts niveaux de somatisation chez les parents et les hauts taux de symptômes somatiques chez leurs enfants (Walker *et al.*, 1991). En ce qui concerne les désordres intestinaux, par exemple, des études prouvent qu'un processus de modelage ou

de renforcement parental est en cause dans la transmissibilité intergénérationnelle des comportements liés à ces désordres (Levy *et al.*, 2004 ; Lindley *et al.*, 2005).

D'après cette perspective, la maladie est une construction culturelle et sociale. Toutefois, comme certains anthropologues l'ont remarqué, il ne faut pas trop mettre l'accent sur les représentations et sur les aspects symboliques de la maladie. En effet, en se concentrant sur ces caractéristiques, on risque de réifier la maladie et d'oublier les actions que les gens font par rapport à elle, tout comme l'aspect dynamique et provisoire des sens qu'on leur attribue. D'après Bibeau (2007), cela représente un risque récurrent dans les sciences sociales contemporaines, notamment dans l'anthropologie médicale, qui peut finir par concevoir la culture comme un mégatexte. Plutôt que de s'adonner à une surinterprétation des récits de maladie, il s'agit de concevoir les maladies comme des dynamiques d'interprétation ouvertes et en construction intersubjective, comme des processus biologiques et sociaux à la fois. En paraphrasant ce que Good a signalé comme l'une des questions posées aux anthropologues critiques des années 1990, il faut penser comment écrire sur la maladie, de façon à mieux comprendre les réalités de l'expérience vécue et continuer à parler des processus sociaux et historiques au sens large. Il s'agit alors de repenser une épistémologie qui transforme trop aisément en mystification le sens de la maladie et les formes locales du savoir médical (Good 1998 : 145). En effet, les savoirs sur la maladie ne sont pas des produits, ils sont des potentiels qui agissent comme une sorte de matrice de sens activée lors du vécu d'un épisode de maladie. Ainsi, l'épisode de maladie ne constitue pas le point de convergence des explications données, mais plutôt le point de départ et le facteur déclencheur d'une entreprise de signification enracinée dans l'histoire de vie du malade. De cette façon, les réseaux de signification et les modèles explicatifs de la maladie ne doivent pas être considérés comme des formes réifiées qui préexistent à l'épisode en structurant son sens ; ces réseaux de significations et d'explications doivent plutôt être compris comme des entités virtuelles qui expriment la somme des possibles (Marzano 2007).

Les nouvelles catégories et significations des maladies qui résultent de la rencontre des différentes traditions de soins de santé ne représentent pas des entités culturelles statiques ou monolithiques ; elles peuvent être syncrétiques et plus ou moins mélangées. L'exemple haïtien, sur lequel nous reviendrons évidemment plus en détail tout au long de ce mémoire, est d'ailleurs représentatif d'une telle construction plurielle du sens associé à la santé et à la

maladie. Des anthropologues comme N. Vonarx (2005) et P. Brodwin (1996) ont observé pendant leurs travaux de terrain, dans les zones rurales d'Haïti, que les discours des thérapeutes traditionnels indiquent des apprentissages et des emprunts à des terminologies biomédicales. Leurs discours n'impliquent pas forcément une lecture biomédicale de l'affliction, c'est-à-dire que l'introduction de concepts biomédicaux ne s'accompagne pas de leurs significations biomédicales, mais il s'agit plutôt de bricolages et d'adoptions particulières de la biomédecine (Vonarx 2005 : 153).

D'autres auteurs ont montré qu'on peut voir des praticiens et des travailleurs de la biomédecine en Haïti qui n'arrivent pas à se détacher des pratiques et des schémas d'interprétation liés au vaudou, qui sont toujours imprégnés d'une culture médicale populaire et créole. Les travaux de Singer *et al.*, (1988) sur la transformation du concept biomédical de *fibrome* en Haïti, ceux de Farmer (1994) sur la construction culturelle des modèles explicatifs relatifs au VIH/Sida en Haïti et la constatation de Brodwin (1996) à propos de la permanence du concept d'*éclampsie* chez les infirmières d'un dispensaire dans ce pays constituent des exemples de nouvelles reconfigurations et d'aménagements culturels pouvant émerger à l'interface des différents référents thérapeutiques en Haïti (Vonarx 2005 : 186). Le mot *eklampsi*, qu'on trouve d'une façon récurrente dans les récits des gens habitant les communautés rurales en Haïti, est particulièrement représentatif d'une telle hybridité sémantique. Ce terme est une créolisation du mot français « éclampsie », une forme grave et parfois fatale de toxémie vécue par les femmes pendant la grossesse. D'après Brodwin (1996), la catégorie *eklampsi* a été insérée par les gens de la communauté à l'intérieur d'un discours populaire préexistant. L'insertion de cette catégorie a été facilitée puisqu'il y avait des éléments communs ou semblables entre les conceptions populaires des maladies et la catégorie biomédicale mentionnée ci-dessus. Ces deux registres associent quelques symptômes, tels que les émotions intenses, le mouvement du sang vers la tête et l'indisposition physique des femmes en état de grossesse. À ces éléments, la médecine créole haïtienne ajoute les conflits sociaux et les altérations au niveau de la conscience. Le résultat de tout cela n'a pas été la médicalisation du désordre ou l'adoption d'une catégorie nosologique biomédicale par les Haïtiens, mais plutôt une reconfiguration, une nouvelle élaboration des signifiés anciens et populaires avec des éléments qui ont surgi dans les nouveaux contextes de la rencontre avec la biomédecine (Brodwin 1996).

Une autre catégorie nosologique importante qui exprime la combinaison des éléments symboliques, tant de la biomédecine que de la médecine traditionnelle haïtienne, est la *pédison*, qui fait référence à un état liminal de l'esprit, à la perte du sang et du fœtus par les femmes enceintes (Singer et Baer 1995). Ces exemples montrent bien en quoi les maladies ne sont pas de simples répertoires de savoirs populaires ou médicaux ; elles ne sont réductibles ni à des réseaux réifiés de signification, ni à des modèles explicatifs ou à des théories formalisées non plus. La maladie ne saurait être posée comme un objet d'étude isolé des autres dimensions sociales, comme une réalité atemporelle et ahistorique. Ce sont les différents contextes qui servent de base à son façonnement ; ici, l'expérience et le sens sont intimement liés. Nous souhaitons maintenant aborder quelque peu la notion de culture pour montrer comment celle-ci constitue un bon exemple de la nécessité d'approcher les systèmes de significations comme des univers hybrides et en constante transformation. La migration représente un exemple particulièrement révélateur de cette dynamique de reconstruction de la maladie.

1.3 Migration et notion de « culture »

La perspective théorique adoptée dans ce mémoire tente de se distancier d'une conception essentialiste de la culture qui la pose comme un ensemble d'éléments relativement statiques se transmettant à travers le temps et les générations, sans véritable changement ou renouvellement (Fassin 2000 : 97). « La notion de *culture* est une abstraction théorique, une notion analytique, qui recouvre un ensemble de valeurs, de croyances et de modes d'être qui prennent sens dans un contexte historique et relationnel donné, et dont les frontières sont poreuses et mouvantes » (d'après Cuche 2001 et Giraud 1993, dans Fortin et Laprise 2007). Au lieu de prendre la culture comme quelque chose de fixe et d'immuable dans le temps et dans l'espace, il nous semble fondamental de savoir déconstruire l'idée d'une culture dotée d'une essence atemporelle et le « mythe d'une origine » supposée pure. Au contraire, la culture doit être conçue comme quelque chose de relationnel, prenant en compte les contextes dans lesquels elle s'élabore autant que son contenu (Cuche 2004 : 103). Alors qu'une approche culturaliste appréhende la culture comme un ensemble clos, doté d'une cohérence interne et d'une certaine uniformité prise comme allant de soi, ce mémoire insiste sur le caractère interactionnel de la culture, sur sa perpétuelle reconstruction à travers des rapports sociaux interagissant avec des stratégies identitaires. Tandis que plusieurs anthropologues mettent l'accent sur la nécessité d'ainsi appréhender la complexité associée

à la notion de culture, certains auteurs, comme Abu-Lughod (1991), vont jusqu'à faire une critique généralisée de l'utilisation de cette notion en tant que telle. D'une manière générale, il faut penser la culture dans un contexte pluraliste, dans des interactions extraterritoriales sans cesse croissantes et caractérisées par des déplacements, du désordre et une complexification des systèmes de référence (Hannerz 1993).

L'anthropologie est alors invitée à dépasser la déduction des formes singulières de l'individualité à partir des seules formulations collectives ; elle s'oppose ainsi fortement au déterminisme culturel tel que prôné, par exemple, par Tobie Nathan (1994 : 175) lorsqu'il avance que « la culture est une réalité close, indivisible, non partageable, un système psychosociologique non biologique, mais fonctionnellement très comparable à une espèce biologique ». En anthropologie médicale, une telle constatation implique que les histoires racontées sur les maladies ne sont pas élaborées par une seule personne, mais qu'elles sont plutôt des créations collectives, composées par les points de vue de différents acteurs sociaux dans des contextes sociaux et historiques spécifiques. Elles émergent à la rencontre du vécu particulier de l'individu et des structures sociales, culturelles et économiques dans lesquelles celui-ci évolue.

Les familles migrantes n'échappent pas à un tel dynamisme culturel, considérant la rencontre d'univers sémantiques marquant souvent le fait de s'installer dans un nouveau pays. Les mises en garde de plusieurs anthropologues quant au réductionnisme associé à une vision essentialiste de la culture de l'Autre s'appliquent donc, par exemple, à la notion de « culture d'origine » des immigrants. Le recours automatisé à un concept comme celui de « culture d'origine » sans se poser des questions a tendance à minimiser la place des contacts et de leurs effets, étant donné que cette notion présuppose qu'il y a un système culturel originel stable et aisément transférable de l'ancien contexte au nouveau, et que c'est sur celui-ci que sont érigés les croyances et les savoirs des immigrants. Selon Cuche (2004), les observations empiriques semblent démentir l'universalité et la simplicité d'une telle dynamique. L'identité culturelle n'est pas, pour Cuche, une entité qu'on peut poser hors d'un contexte relationnel, une chose en soi. Dynamique et flexible, elle se définit en rapport à l'Autre. La notion de « culture d'origine » est aussi sémantiquement floue et donc faiblement opérationnelle. Elle méconnaît la diversité sociale des immigrants issus d'une même société, le fait que chaque immigrant suit une trajectoire migratoire unique qui le

place dans des rapports sociaux et culturels également différents. Aussi, tous les migrants n'ont pas le même attachement aux traditions et ne se mettent pas en relation de la même manière avec les éléments culturels (Cuche 2004 : 109). Même à l'intérieur d'une famille, chaque membre a son propre rythme par rapport à l'adaptation et l'adoption de nouvelles élaborations culturelles, ce qui peut d'ailleurs être à la source de tensions et de situations conflictuelles. En outre, reproduire un mode de vie semblable à celui qui prévalait dans le pays d'origine peut s'avérer troublant pour l'ensemble de l'unité familiale, bien que les enfants adoptent souvent des valeurs et des habitudes ressemblant à celles véhiculées majoritairement dans le pays d'accueil (Battaglini 2000).

Aussi, la notion de « culture d'origine » est peu utile, voire inappropriée dans le cas d'enfants nés dans le pays d'installation, ces enfants souvent appelés de la « deuxième génération » d'immigrants. Le cas de ces enfants, socialisés dans un contexte socioculturel très différent de celui de leurs parents, montre bien que la culture n'est pas de l'ordre de l'héréditaire, qu'elle ne saurait être confondue avec un patrimoine qui se léguerait de génération en génération. La déconstruction effectuée par les anthropologues des notions de « culture » puis de « culture d'origine » trouve tout son sens en contexte migratoire, où par exemple les modèles d'intégration proposés par chaque État influencent considérablement le devenir social et culturel des immigrés (Cuche 2004 : 108). Parler de « culture d'origine » et de « culture du pays d'établissement », c'est s'enfermer dans un cadre conceptuel qui ne permet pas de penser la « culture » comme une construction en constante évolution. Ces notions n'expliquent rien par elles-mêmes, elles ne peuvent être prises en compte que d'un point de vue analytique, mais elles échouent à rendre compte du fait que les cultures des immigrants sont des cultures « mixtes », produites par un métissage culturel, dont l'étude permet de saisir, pratiquement « en direct », comment s'opèrent les amalgames qui aboutissent à des élaborations culturelles nouvelles, dans des contextes concrets et parmi des échanges spécifiques (Cuche 2008 : 111).

Ces mises en garde quant à une utilisation non avertie de la notion de « culture » (ou de « culture d'origine ») peuvent d'ailleurs être également valides en ce qui concerne la notion d'« ethnicité ». Selon Drummond (cité dans Poutignat 1995), il n'existe pas de groupes ethniques définis *a priori*, mais plutôt un ensemble variable de catégories ethniques qui n'ont de signification que parce qu'elles sont définies et utilisées par des gens qui ont des

attentes communes. La réalité première de l'ethnicité est celle du cadre culturel dans lequel elle se réalise comme communication significative de la différence. L'ethnicité est une forme d'interaction sociale qui prend du sens dans des interactions sociales concrètes, comme une façon de se nommer et une stratégie pour se situer par rapport à l'autre. Les groupes ethniques renvoient plutôt à des individus qui, face à des situations de contact et pluriethniques concrètes, réagissent en demandant une place dans la société à travers l'instrumentalisation des répertoires des identités disponibles (Poutignat *et al.*, 1995). Ainsi, on s'oppose aux conceptions traditionnelles de la culture comme totalité intégrée d'un ensemble de traits descriptibles, de même qu'à l'utilisation de termes comme « ethnoculture » ou « origine ethnique » (tel qu'elle est définie par Statistiques Canada), et on préfère parler plutôt de « population immigrante ».

1.4 Migration et discrimination

Différentes dimensions traversent les subjectivités et les expériences des familles immigrantes d'origine haïtienne à Montréal et de leurs enfants et jeunes de la deuxième génération. D'abord, en ce qui a trait à la migration et notamment à la vie des immigrants dans la société d'établissement, il y a différents trajets dans le processus de migration. La trajectoire migratoire, les expériences d'établissement, les liens de sociabilité et la structure familiale sont des contextes qui influencent l'immigrant (Fortin 2004 : 96). Ces trajets sont, en bonne partie, donnés par les catégories d'admission dans le pays d'immigration. Dans le cas du Canada, il y a trois catégories principales, qui sont : la catégorie des indépendants, représentée par des travailleurs autonomes, des investisseurs et des retraités ayant un capital ; une autre catégorie est celle de la famille, qui favorise la réunification familiale, qui est perçue comme un facteur important d'enracinement des immigrants ; enfin, il existe aussi la catégorie des réfugiés et d'autres personnes en situation de détresse, qui reflète une solidarité internationale afin de venir en aide aux personnes fuyant les menaces et la persécution.

Les politiques migratoires québécoises et canadiennes depuis la fin des années 1970 reposent sur des mécanismes d'inclusion et d'exclusion qui contribuent à la structuration d'environnements marqués par la précarité et la vulnérabilité. On trouve des traces de racisme et de discrimination dans différents espaces de la société locale. À cet égard, on observe une situation paradoxale ou « ambivalente » au Québec. Nous nous trouvons en

présence d'une coexistence conflictuelle d'un système de valeurs démocratiques avec un système d'interrelations complexes d'expression du racisme, analytiquement interreliées, mais empiriquement éclatées et décentrées. On constate, d'un côté, que le discours normatif québécois est inclusif, alors qu'on remarque pourtant la présence de dérapages discursifs, de discriminations subtiles dans les rapports intergroupes ainsi que des inégalités persistantes à l'égard de certaines minorités, en particulier les Noirs et les Autochtones (Kunz *et al.*, 2000 dans Potvin 2004 : 173).

Il est possible d'observer les politiques migratoires québécoises et canadiennes depuis la fin des années 1970 à la lumière des dynamiques structurant les rapports de force entre certains groupes de la société. Ces politiques évaluent les migrants potentiels selon une grille de sélection axée sur leurs qualifications professionnelles (Piché et Renaud 2002). De cette façon, les difficultés et la réussite de l'intégration des immigrants reposent sur eux-mêmes, qui en assument la responsabilité. Ainsi, ce sont les qualifications et les capacités propres au migrant qui viendraient expliquer son faible statut d'emploi ou encore son chômage. Une perspective critique se doit de remettre en question une telle conception libérale de l'agentivité du migrant. Plusieurs études pointent vers différents facteurs socioculturels discriminatoires, vers le rôle actif de la société d'établissement dans la régulation du marché de travail plutôt que vers une entité passive et neutre à laquelle le migrant doit s'adapter (Bauder 2003, 2005). L'absence de reconnaissance des titres et des compétences étrangères par des employeurs potentiels est un problème de longue date au Canada (Beiser 2003). Les immigrants peuvent, à de nombreux égards, être considérés comme les déficitaires d'un capital institutionnalisé référant à des compétences culturelles reconnues, dont le diplôme ou les cours universitaires sont le symbole. Ces mécanismes d'inclusion et d'exclusion structurent des environnements marqués par la précarité, la vulnérabilité, et ils contribuent à la formation de subjectivités empreintes de sentiments d'impuissance, de frustration et de discrimination.

Les recensements montrent la persistance, depuis 1971, de la surreprésentation des minorités dans les emplois à qualification réduite, de même que dans les emplois à haute qualification. Cette insertion polarisée correspond aux critères de l'immigration au Canada et au double marché (bilingue) québécois (Potvin 2004 : 179). En plus, une étude (*L'Indice 1996*) constate une inadéquation entre le profil réel (formation, diplômes) des jeunes Noirs, en

particulier, et l'image erronée et dévalorisante qu'en ont les employeurs. Les jeunes Noirs se sentent systématiquement discriminés à cause de leur couleur et ils se sentent parfois même responsables de la discrimination subie sur le marché du travail (Potvin 2004 : 182). Bien que certaines recherches quantitatives démontrent que l'écart entre les immigrants et la population québécoise tend à disparaître après quelques années, cette diminution est probablement liée à une amélioration des aptitudes des immigrants – « stratégie de surinvestissement » – ou à leur insertion dans des enclaves ethniques favorisant leur accès à l'emploi (Piché et Renaud 2002 ; Renaud *et al.*, 2003). Toutefois, il se peut qu'une certaine discrimination basée sur la non-reconnaissance des diplômes et/ou de l'expérience antérieure des nouveaux arrivants serve de trame de fond à ces « stratégies de contournement et de requalification ». Celles-ci viendraient expliquer la disparition des différences de revenu et de statut d'emploi entre les immigrants (Piché et Renaud 2002 : 151). Les immigrants originaires d'Haïti, du Vietnam et du Liban apparaissent, pour leur part, significativement défavorisés dans l'accès aux emplois de bon statut lorsqu'on les compare aux immigrants du reste de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Le début du processus d'établissement de ces immigrants serait fortement marqué par un effet inégalitaire lié à l'origine nationale. En outre, après un an et demi de séjour au Québec, on continue à observer presque les mêmes impacts du lieu d'origine sur l'accès à l'emploi et au statut social (Fortin et Renaud 2004 : 41).

En ce qui a trait au logement, Ledoyen (2004) pose que les propriétaires montréalais de logements ont des préjugés sur l'incapacité des membres de certaines minorités, en particulier les minorités dites « visibles », à être de « bons locataires », à payer leur loyer régulièrement et à prendre soin de leur logement et de l'environnement. De même, dans le milieu scolaire, il existe un large consensus sur les difficultés du personnel scolaire québécois, encore largement mono-ethnique (à la peau blanche), à s'adapter à la diversification des élèves. Les problèmes d'échec scolaire chez les jeunes d'origine haïtienne, par exemple, sont souvent interprétés ou résolus en favorisant un glissement réitéré du social au culturel, ce qui peut maintenir des préjugés à leur égard (Potvin 2004 : 185). Une certaine discrimination peut également être observée dans le secteur de la sécurité publique, avec la « racialisation » des gangs de rues criminalisées, des pratiques d'*over policing* ou une attention démesurée des policiers menant au harcèlement, à des

détentions abusives, à des accusations et à des signalements systématiques de jeunes Noirs (Potvin 2004 : 185).

Enfin, les membres des communautés noires apparaissent comme des cibles privilégiées (mais pas uniques) pour les préjugés raciaux et les attitudes discriminatoires. Une étude de type *testing* menée par la Commission en 1987 (Ledoyen 2004 : 87) démontrait clairement une tendance en ce sens. Stigmatisés par le colonialisme et par l'esclavage, puis étiquetés en vue de leur ségrégation, les Noirs d'aujourd'hui semblent porter encore la trace d'un passé qui les a jugés « incapables » d'égalité et/ou « dangereux pour la race blanche ». À l'échelle locale, depuis la Seconde Guerre mondiale, la culture semble avoir remplacé la « race » en tant que critère de différenciation et d'exclusion (Ledoyen 2004 : 104 ; Potvin 2004 : 175). Les représentations et les constructions sociales, diffusées par les médias et les institutions dominantes, participent à une telle aliénation ; ces processus de domination contribuent activement à l'élaboration de conduites et de politiques publiques. Elles structurent profondément la réalité sociale (Potvin 2004 : 186).

Sur le plan identitaire, une étude réalisée par Potvin (2000) sur le racisme des parents haïtiens (entre 21 et 31 ans) envers les jeunes québécois est arrivée à la conclusion que ces jeunes partagent une expérience commune en ce qui a trait à la tension entre leur intégration culturelle et leur participation sociale et politique problématique au Québec. Ils expliquent vivre une expérience fragmentée, dans le sens où ils doivent se construire une identité individuelle et collective qui est capable de concilier des mémoires, des héritages et leur expérience sociale. Cette entreprise de construction identitaire n'est pas une tâche facile à accomplir pour ces jeunes, dans un contexte où la société dominante tend à les rejeter au nom de « différences » qu'ils n'ont pas véritablement, et ils sentent qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour s'affirmer en tant que sujets autonomes et valorisés. D'un autre côté, les jeunes considèrent que la communauté haïtienne locale n'est pas bien organisée et qu'elle ne leur apporte pas les ressources nécessaires pour satisfaire les besoins de leur génération. Une autre dimension qui vient s'ajouter aux enjeux identitaires vécus par ces jeunes est l'identification à la catégorie des Noirs. Ce pôle organisateur de leurs expériences viendrait constituer un autre signe d'une démarche conflictuelle d'intégration à la société, étant autant une réponse culturelle aux problèmes d'insertion sociale et d'appartenance à une communauté plus ample que la communauté locale, qu'une politisation de l'identité qui les

démarque de la génération de leurs parents et des autres jeunes Québécois. De plus, ces jeunes Québécois de parents immigrants d'Haïti perçoivent la société québécoise comme ambivalente, puisqu'elle est pluraliste en même temps qu'individualiste. Bref, ces jeunes se considèrent eux-mêmes en train de vivre une expérience inédite, mais aussi et surtout, face aux importants défis dans la construction de leur identité, devant tendre les ponts entre différentes appartenances et se faire une place dans une société que les intègre et les rejette en même temps (Potvin 2000 : 225).

En ce qui a trait à la santé, la présence d'inégalités sociales ne fait pas de doute, autant à l'échelle internationale que locale (Pampalon *et al.*, 2008 : 14). En effet, l'accroissement des inégalités en termes de morbidité et de mortalité entre les pays et au sein des groupes d'origine immigrante constitue un problème de santé publique très important (De Koninck : 2008). Selon De Koninck, la santé de la population est la résultante de déterminants en interaction avec les caractéristiques sociodémographiques (le sexe, l'âge, l'éducation et le revenu), avec les habitudes de vie (comme la consommation de tabac, les activités physiques et l'alimentation), et avec les expériences des individus (y compris l'inscription des personnes dans les réseaux sociaux). Selon cet auteur, les principaux milieux où les individus se meuvent sont le travail, la famille et le milieu local. L'observation isolée et simultanée de ces milieux permettrait de cerner les interactions qui contribuent à influencer l'état de santé des populations (De Koninck 2008 : 59). De son côté, O'Neil pense que les sources de détresse qui touchent actuellement plusieurs des populations en processus de migration, d'urbanisation et de modernisation ont moins à voir avec le changement migratoire en lui-même qu'avec les structures politiques et économiques qui font obstacle aux efforts des individus et des communautés pour construire des environnements signifiants et gratifiants (O'Neil 1986, cité par Massé 1995 : 390).

1.5 Santé et identité en contexte migratoire

1.5.1 Santé et identité : des pratiques hybrides et plurielles

Les stratégies des migrants en matière de santé constituent également un espace de négociation entre des univers socioculturels hybrides. Les significations, les modèles d'explication des maladies et les actions thérapeutiques et de soins de santé forment un espace dynamique de reconfigurations intersubjectives et intergroupales. Fluidité, syncrétisme, métissage, hybridation et créolisation sont autant de termes tentant de rendre

compte des nouvelles formes de savoirs sur soi, sur la santé et sur le soin émergeant à partir de l'ailleurs et du local, de la recombinaison de l'ancien et du nouveau (Bibeau 2000 : 33). Le concept de *métissage* créé par Laplantine et Nouss (1997) renvoie en ce sens à un phénomène dont la dynamique est celle de la confrontation, de l'alternance, du dialogue et des disjonctions, et non exclusivement de la cohésion, de la fusion et des conjonctions. Ainsi, selon ces auteurs, le métissage est un phénomène éminemment diversifié et toujours en perpétuelle évolution dans lequel il n'y a pas de règles et où aucune anticipation et aucune prévisibilité ne sont possibles (Laplantine et Nouss 1997 : 10).

Comme nous le rappelle Leslie (1975) en se concentrant sur la coexistence de la biomédecine et de la médecine traditionnelle chinoise en Chine, tous les types de savoirs sur la santé et sur la maladie sont dynamiques et se situent toujours dans un processus de changement. Les systèmes médicaux sont des entités ouvertes et infiniment malléables, et les transformations dont les connaissances médicales sont porteuses représentent le résultat de facteurs sociaux, économiques et politiques, d'innovations technologiques et de transmissions d'informations (Johannessen 2006 : 2). Ainsi, au niveau macrosocial, la médecine occidentale ou la médecine cosmopolite (comme la nomme Leslie), est adaptée et adoptée d'une manière particulière dans chaque milieu culturel, en fonction des styles de vie de chaque société et de l'expansion du capitalisme. Les savoirs médicaux non occidentaux sont également adaptés et adoptés dans chaque contexte social et culturel où ils se trouvent. Ainsi, l'idée selon laquelle les populations exposées à la médecine scientifique deviendront entièrement orientées vers elle et rejetteront les médecines « traditionnelles » est insoutenable. Au contraire, toutes les traditions médicales s'ouvrent à des sources nouvelles de connaissances et à l'observation empirique, tout en étant dynamiques et capables de faire des synthèses créatives des idées et des ressources. Dans une telle optique de complémentarité, chaque système médical est pluraliste au sens où différentes traditions médicales coexistent en lui (Leslie 1975 ; Lock et Nichter 2002 : 2-5).

Les représentations qu'ont les migrants chinois de la santé et de la maladie constituent un bon exemple de conceptions hybrides combinant des notions de médecine traditionnelle chinoise avec des connaissances biomédicales (voire la notion chinoise de *ch'i*, l'équilibre chaud-froid et quelques catégories éthologiques). Elles constituent également des reformulations de la biomédecine à travers la structure logique de la médecine traditionnelle

chinoise. Ces représentations sont apparemment paradoxales, dans le sens où elles intègrent et mettent en valeur simultanément les différences entre le système médical chinois et celui de la médecine moderne. D'après Gerbais et Jovchelovitch, nous sommes en présence d'une contradiction fonctionnelle, qui permet à la communauté chinoise de soutenir et de défendre leur identité et de faire face aux défis posés par la société d'établissement et par le contexte globalisant contemporain, voire la construction réflexive de l'identité individuelle, le maintien des liens communautaires et des savoirs sur le corps et sur la santé (Gerbais et Jovchelovitch 1998). Dans d'autres études sur les croyances et sur la prévention des maladies (comme le cancer du côlon et l'hépatite), les immigrants chinois en Amérique du Nord ont utilisé des concepts tels que le maintien de l'énergie positive (*qi*), de l'esprit (*jing shen*), la modération dans les exercices et la diète. Les individus rencontrés dans le cadre de ces études pensent, par exemple, que le cancer colorectal peut être causé par des diètes riches en aliments « chauds » ou par des toxines intestinales, qui produisent des constipations. Son traitement inclut aussi l'usage des herbes médicinales, l'évitement du stress, le renforcement des défenses naturelles du corps ainsi que le repos et un sommeil suffisant. La pratique de l'hygiène corporelle, la vaccination et l'évitement des contacts avec des personnes contaminées constituent d'autres stratégies préventives chez ces migrants. Ces études ont conclu que les concepts d'harmonie et de balance, communs dans la médecine traditionnelle chinoise, sont encore présents chez les immigrants chinois en Amérique du Nord et qu'ils font partie de leurs modèles de compréhension des maladies et de leurs pratiques préventives et curatives (Choe *et al.*, 2006 ; Hueifang 2006).

Les savoirs médicaux des immigrants dans les sociétés d'établissement peuvent être envisagés comme des stratégies sociales et individuelles instaurées par eux. Ces stratégies sont liées aux soins et à la promotion de la santé, à la compréhension des maladies et des malaises, à leur traitement, à leur prévention et à leur guérison. D'un autre côté, les représentations sociales de la santé et de la maladie sont profondément liées à l'identité culturelle, à la compréhension du monde, aux valeurs morales et à la notion de personne, qui sont enracinées dans le groupe et dans la vie sociale. À cet égard, plusieurs exemples montrent qu'il existe des relations étroites entre les expériences de maladie des personnes, les modèles explicatifs des maladies, les valeurs morales des groupes, le monde du travail, l'environnement, les dimensions macrosociales et l'identité de l'individu (Lock et Schepers-Hughes 1987). Les dimensions *micro* du vécu individuel de la détresse ou de la maladie et

celles *macro* de l'organisation sociale et collective tendent ainsi à se rencontrer dans le sens qui sera accordé à certains événements de la vie, par exemple, à la souffrance ou à la maladie. Les façons de se représenter la santé et les maladies sont profondément liées à l'identité culturelle et à la sphère sociale qui est y sous-jacente. À cet égard, les liens entre l'expérience de soi (identité, etc.) et de la maladie (sens, etc.) et différentes dimensions macrosociales sont multiples et d'une importance primordiale (Lock et Scheper-Hughes 1987).

En outre, on peut envisager les savoirs médicaux des immigrants comme des stratégies sociales et individuelles créées dans des contextes particuliers. Celles-ci visent les soins et la promotion de la santé, la compréhension des maladies et des malaises, leur traitement, la prévention et la guérison, de même qu'elles incluent des stratégies orientées vers la création et la reproduction de liens de socialisation et de solidarité. Dans une telle perspective, les stratégies identitaires peuvent se définir comme des procédures élaborées en fonction des interactions propres à l'espace migratoire occupé par les immigrants ; leur santé et leur corps sont indissociables de l'environnement social, culturel et historique où ils sont construits. Les liens entre santé, culture et identité sont donc ici des plus évidents.

Les stratégies identitaires des immigrants peuvent se définir comme des procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente) par un acteur individuel ou collectif, pour atteindre une ou des finalités (définies explicitement ou inconscientes). Ce sont des processus élaborés en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations sociohistoriques, culturelles et/ou psychologiques de cette situation (Lipiansky *et al.*, 1990 : 24). D'après Taboada-Leonetti (1990), l'identité n'existe pas sous la forme d'une substance, elle est plutôt en situation, produite par des interactions concrètes. C'est dans le rapport à l'Autre que s'élabore l'idée de soi. L'identité n'est pas tant produite par le regard de l'Autre que par le mouvement dialectique d'intériorisation et de contestation de la situation d'interaction qui définit les places relatives de l'un et de l'autre, c'est-à-dire les identités en présence et complémentaires. Ainsi, l'identité est un ensemble structuré d'éléments identitaires qui permettent à l'individu de se définir dans une situation d'interaction et d'agir en tant qu'acteur social. Les relations et les interactions entre les acteurs sociaux s'expriment à différents niveaux : celui des représentations énoncées notamment à travers les discours des acteurs, celui des relations interpersonnelles des

individus ou des groupes ou encore celui des rapports sociaux existant entre les groupes en présence. C'est ainsi que l'identité est une sorte de « boîte à outils » où chaque outil est un élément identitaire que le sujet choisit en fonction de son adéquation à « l'opération » demandée, selon la situation d'interaction dans laquelle il se trouve. De plus, certains aspects de l'identité sont appelés plus fréquemment que d'autres à jouer le rôle de pôle organisateur. Ils mobilisent l'ensemble de l'identité dans nos rapports avec les autres (Taboada-Leonetti 1990 : 44).

Selon cette approche, les stratégies identitaires se définissent à trois niveaux complémentaires. D'abord, il y a les acteurs, qui sont individuels ou collectifs. Deuxièmement, on trouve la situation dans laquelle sont engagés les acteurs et les enjeux produits par cette situation. Enfin, il y a les buts poursuivis par les acteurs, qui peuvent être de visibilité, d'assimilation, de différenciation, de valorisation, d'intérêts sociaux et/ou de bénéfices psychologiques (Taboada-Leonetti 1990 : 49). Un regard sur les stratégies identitaires des groupes minoritaires se doit d'observer la production des minorités sociales à la lumière des rapports sociaux de domination. Ces stratégies sont marquées par des rapports inégalitaires qui diminuent les capacités d'action des acteurs en fonction de la définition de leur propre identité. Ces identités minoritaires sont donc en constante négociation, à même la confrontation du minoritaire et du majoritaire. D'après Taboada-Leonetti (1990), les immigrés peuvent être confrontés, dans le pays d'immigration, à des regards qui leur assignent des identités nouvelles, le plus souvent dévalorisantes. C'est ainsi que les immigrants se situent et se définissent en grande partie par rapport à l'attitude de la société d'établissement. Les réponses spécifiques de ces minorités immigrées peuvent être axées sur l'indifférence, sur le rejet, sur la sympathie ou même sur la haine. Taboada-Leonetti ajoute que le niveau d'expression des stratégies les plus accessibles aux minorités immigrantes se trouve dans le domaine culturel et s'exerce dans la sphère du privé au sein de la famille ou de la communauté, sans heurter de front la société majoritaire. Par exemple, la communauté menacée par l'assignation identitaire tentera d'affirmer son existence par la préservation de sa culture, à travers des « stratégies de contournement » : de la langue, de la religion ou des pratiques culturelles quotidiennes comme les soins de santé et les rituels de guérison, qui échappent au contrôle du majoritaire et qui sont mises en œuvre face au contexte de l'enjeu que devient la survie du groupe. Cependant, tel que Fortin (2002 : 91) le rappelle, les stratégies identitaires sont plurielles, entraînant des processus

complexes et pas nécessairement intentionnels, comme les trajectoires migratoires, les motifs de migration, les événements vécus par le passé, l'insertion sur le marché du travail, l'accès à des ressources économiques, sociales et symboliques.

1.5.2 Le cas des migrants afro-américains

En ce qui a trait aux Afro-Américains ayant immigré en Amérique du Nord, une étude récente a révélé que dans leurs conceptions de la santé et de la maladie, ceux-ci sont encore grandement influencés par les idées héritées de leurs parents et de leurs ancêtres (Fields 2001). Ainsi, ils ont tendance à penser que les éléments vivants et morts s'affectent mutuellement, par exemple, que l'esprit, le corps et les esprits ne sont pas des entités séparées, et que la personne est composée de multiples forces et énergies. Dans une telle optique, être en bonne santé devient synonyme d'être en harmonie avec la nature, et être malade équivaut à tomber sous l'influence des dieux et de la nature. D'après une telle vision du monde, les individus ont la capacité d'agir sur la santé et sur la maladie des autres, à travers des rituels magiques, par exemple (Fields 2001). On peut donc prendre note que les migrants afro-américains tendent à maintenir de nombreux référents liés à leurs milieux sociaux et culturels d'origine lorsque vient le temps de donner un sens à la santé et à la maladie.

Des études démontrent également que les immigrants haïtiens en Amérique du Nord ont tendance à recourir à des pratiques thérapeutiques et à des soins de santé alternatifs. Les traitements des maladies qu'ils considèrent non naturels, par exemple, sont dirigés par les guérisseurs traditionnels qui cherchent à séparer les esprits du corps à l'aide de remèdes, de plantes médicinales, de l'imposition des mains et autres actes rituels. Ces traitements, croyances et pratiques traditionnels afro-américains sont transférés via les réseaux sociaux et les familles étendues. Les réseaux sociaux informels et communautaires, les remèdes domestiques et les soins de santé populaires se trouvent parmi leurs ressources les plus importantes pour les immigrants haïtiens en Amérique du Nord (Fields 2001). De plus, plusieurs études montrent que les immigrants d'origine haïtienne en Amérique du Nord utilisent peu les services médicaux officiels et qu'ils sont enclins à utiliser simultanément la biomédecine et la médecine traditionnelle haïtienne, notamment pour les enfants et pour la prévention des maladies. Les parents tendent à mêler des remèdes traditionnels et des pratiques soignantes domestiques, réalisées par les familles et leur entourage, avec des

techniques biomédicales lorsque vient le temps de traiter les problèmes de santé de leurs enfants (Shantz et Charron 2003). Une autre étude réalisée auprès de femmes caribéennes aux États-Unis révèle leur insatisfaction par rapport aux services médicaux du système officiel de santé des États-Unis. Ce manque de satisfaction est surtout dû à la méfiance qu'elles éprouvent par rapport aux praticiens, aux barrières linguistiques et aux difficultés d'accès aux soins de santé. Aussi, les mères désirent que leurs connaissances et les remèdes qu'elles utilisent soient reconnus, respectés et qu'ils fassent l'objet de négociations avec les médecins. Cette étude démontre que si les mères rencontrées pensaient que leurs connaissances et leurs remèdes étaient reconnus et respectés par les médecins, elles s'appuieraient davantage sur les services biomédicaux (Yearwood 2007).

D'un autre côté, comme plusieurs recherches l'ont proposé, il est important d'effectuer une évaluation des pratiques et des croyances spirituelles et religieuses des patients, et de comprendre des notions telles que celles de balance, d'équilibre, de perméabilité et d'humeur, dans le but de mieux ajuster les options thérapeutiques disponibles (DeSantis et Thomas 1990). Il serait également convenable que les médecins, pendant les consultations, demandent aux familles quels sont les soins de santé et les remèdes alternatifs fournis aux enfants et aux autres membres de la famille. Ce dernier point est important afin de ne pas faire d'erreurs en mêlant les médicaments avec d'autres substances (Yearwood 2007). Il y a aussi des études de type culturaliste qui, bien que signalant l'existence d'une base particulière de conceptions et de valeurs d'un réseau social sur lequel les individus peuvent s'appuyer pour faciliter les réactions à des événements difficiles, jugent que ces facteurs culturels sont des obstacles à l'application et au succès de la biomédecine (Bibeau *et al.*, 1987 : 69). Une révision bibliographique sur l'utilisation des services de santé biomédicaux par les immigrants noirs en Amérique du Nord nous amène à constater que les cliniciens et le personnel biomédical ont tendance à présenter les croyances et les pratiques des groupes immigrants comme un système de croyances de personnes non éduquées et non-cultivées, comme un ensemble de superstitions et de paroles de charlatans (Miller 2000 ; Fields 2001 ; Fortin 2007), et comme des facteurs inflexibles qui empêchent le succès de la biomédecine, tout en niant leur malléabilité et leur influence positive sur la santé⁷.

⁷ Selon une vision dominante de longue date, le vaudou est synonyme de barbarie, de sauvagerie, de magie et de sorcellerie. Il a été présenté au monde comme un culte mystérieux et diabolique, comme un ensemble de pratiques inhumaines, obscènes et criminelles (Hurbon 1988). Ces représentations du vaudou

D'un point de vue épidémiologique, les résultats d'une enquête réalisée en 1998-1999 par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) et par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux indiquent qu'au cours d'une période de deux semaines, environ 15 % des immigrants haïtiens de tous les âges ont consulté un professionnel de la santé (médecin ou autre)⁸, dont 12 % un omnipraticien ou un spécialiste. Cette enquête révèle également qu'environ 63 % des immigrants haïtiens âgés de 15 ans et plus ont rapporté connaître le service d'aide téléphonique Info-Santé⁹. La proportion d'immigrants haïtiens qui connaissent ce service est plus élevée parmi ceux qui vivent avec un enfant mineur (68 %) que chez les autres (55 %). D'autres recherches ont signalé l'utilisation d'options thérapeutiques différentes de la biomédecine par les immigrants haïtiens du Québec (Bibeau 1987 ; Massé 1995). Néanmoins, reste encore à connaître en profondeur quels sont les types de savoirs et de pratiques de soins et de guérison spécifiques utilisés par ces personnes. Aussi, très peu d'informations sont disponibles sur les motifs sous-jacents d'une telle utilisation et sur le niveau de satisfaction et d'insatisfaction des immigrants haïtiens par rapport aux services de santé. À ce sujet, l'enquête ISQ/MSSQ (1998-1999) pose que, chez les immigrants, le recours moindre aux services offerts dans le pays d'accueil peut s'expliquer par une certaine méconnaissance des services, mais aussi par le fait que les immigrants présentent un meilleur état de santé que l'ensemble de la population québécoise.

Compte tenu de ce profil de réponses face aux soins de santé chez les immigrants haïtiens à Montréal, on pourrait penser qu'ils ont recours à la culture médicale créole. En effet, la médecine créole haïtienne propose des soins qui ont un pouvoir sur le corps, mettant en jeu des forces empiriques et symboliques qui préservent une position dynamique de la personne dans son rapport à la prévention et à la guérison des maladies (Tremblay 1995 : 231). De plus, en ce qui concerne les soins de santé des enfants et des familles, il est courant que les mères y jouent un rôle primordial. Même si nous ne pouvons réduire la participation des parents au rôle de la mère, c'est celle-ci qui joue le rôle principal dans les soins de l'enfant, pouvant être conseillée ou secondée par d'autres femmes (Desclaux 1996). De surcroît, dans

ont alimenté et légitimé les rapports de pouvoir entre un monde dominant et un monde dominé par des pratiques esclavagistes. En se servant de la stigmatisation que ces catégories entraînaient, les colonisateurs ont dépossédé de toute légitimité et de toute vérité les pratiques des colonisés.

⁸ Comparativement à 24 % dans la population québécoise (Institut de la Statistique du Québec, 1998).

⁹ Cette proportion est plus élevée (76 %) dans la population québécoise (Institut de la Statistique du Québec, 1998).

un contexte de pluralisme médical, les discours étiologiques sur les maladies de l'enfant, leurs modes d'engagement des mères et les différents aspects de la vie des femmes qu'ils mettent en cause se situent à l'entrecroisement des conceptions du rôle des femmes et de la relation mère-enfant dans les différents systèmes biomédicaux (Desclaux 1996). D'autres études démontrent que les mères des familles haïtiennes ont une incidence des plus importantes sur la décision de chercher de l'aide et sur le type de traitements et des soins à procurer aux enfants (Shantz et Charron 2003 ; Yearwood 2007). De plus, la mère de famille se situe au centre de la maisonnée et de l'événement « repas », une relation étroite existant entre la mère et la nourriture (Dolto 1982). Aussi, le repas est le lieu d'expression des conduites alimentaires porteuses d'une mémoire de l'apprentissage, il est également un lieu d'inscription de la culture et l'arène des luttes pour le pouvoir sur le corps de l'enfant (Roy 2003). On peut aussi assigner une place non négligeable aux grand-mères, dans le cas où elles font partie du foyer des familles d'origine caribéenne (Durand 1980).

Les femmes des familles haïtiennes, notamment les mères, sont des agents sociaux importants dans le soin des enfants et dans la transmission des connaissances et des savoir-faire associés à la santé. En Haïti, par exemple, les femmes cherchent dans les feuilles des plantes des principes actifs contre certaines maladies. Elles se servent de ces feuilles, en même temps que des rites et des prières, pour agir sur les symptômes et pour rétablir la force vitale du corps. Les mères, et en général beaucoup de femmes haïtiennes, soignent leurs enfants malades en lavant leur corps, en les massant, en les protégeant et en régularisant leur température, dans le but de renforcer leur vitalité et de l'équilibrer. Elles utilisent aussi des tisanes, des feuilles, des bains, des plantes médicinales et recourent aux massages et à la prière pour les reconforter (Tremblay 1995).

D'un autre côté, la ritualisation des procédures de guérison dans la médecine créole haïtienne favorise l'appropriation personnelle et sociale de la maladie et de la quête de guérison. Cela permet de mettre en place des dispositifs symboliques capables d'activer des mécanismes endogènes de guérison. Ce dernier point est possible, puisque des événements tels que la naissance, la maladie et la mort sont privilégiés pour l'intégration et la normalisation de la personne au sein de son groupe social. Ces événements ne peuvent être saisis en dehors de l'ordre symbolique auquel ils se réfèrent et sur lequel ils se fondent. Ensuite, ces événements produisent, maintiennent et transforment les réseaux et la

communication entre les différentes forces en jeu dans la société (Zempleni 1982, dans Tremblay 1995 : 257). Ils se présentent comme une sorte de théâtre, qui est au fondement même des relations sociales significatives (Tremblay 1995 : 129). Il faut rappeler que les échanges symboliques et sociaux dans les rituels des soins de santé et de guérison occupent une place importante dans la médecine créole. Et cela, sans perdre de vue que celle-ci est une sorte de matrice culturelle dynamique dont les Haïtiens sont héritiers, et non d'un système médical monolithique.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons voulu cerner les différents éléments d'une approche de l'anthropologie médicale sur les maux de ventre chez les enfants issus des familles immigrantes. Nous avons situé ces douleurs comme une construction sociale, sémantique et dynamique que l'anthropologie se doit d'appréhender dans la complexité de son expérience, celle-ci étant composée par les façons de percevoir et d'interpréter les symptômes, par l'attribution de sens et par la quête d'explications (les variables dites interprétatives) ainsi que par les réactions et les actions entreprises dans le but de soulager ces maux (les variables dites pragmatiques). Le mal de ventre est construit d'une manière dynamique et collective, la famille nucléaire jouant un rôle important. La maladie est une entreprise de signification, une construction sémantique dynamique, le lieu de possibles mélanges, de multiples syncrétismes et de sens hybrides, traversés par diverses matrices culturelles.

Les expériences que les familles vivent par rapport aux problèmes de santé sont aussi traversées par des dimensions sociales plus amples, comme leur histoire, leur dynamique familiale, leur parcours migratoire et leurs conditions économiques et de vie. Par conséquent, nous avons aussi fait une brève exposition des écrits concernant les enjeux sociaux et politiques dans lesquels les Haïtiens de Montréal se trouvent. Les inégalités sociales, la discrimination, leurs réseaux et liens sociaux en terre migratoire et ailleurs, l'accès aux différentes ressources, les rapports avec les services de santé sont parmi les conditions qui modèlent leurs approches de la maladie.

Nous avons également effectué un bref survol de la documentation portant sur les interprétations et sur les actions liées à la santé et à la maladie chez les immigrants haïtiens. De même, nous avons fait un certain tour d'horizon sur les écrits concernant les stratégies

des immigrants face à la santé, face à la création et au maintien des liens sociaux et de solidarité, ces stratégies ayant aussi des dimensions qui touchent l'identité des populations appelées *minorités* et leur positionnement au sein de la société dominante. En ce qui concerne les stratégies des immigrants face à la santé et la maladie, la documentation sur le sujet montre que le pluralisme médical prime. Ces multiples significations et solutions aux problèmes de santé sont empruntées des différentes matrices culturelles par les populations immigrantes. En outre, une révision critique du concept de *culture* a aussi été dressée, dans le but de ne pas surculturaliser les points de vue et les actions des familles étudiées, et de dépasser des généralisations telles qu'un supposé «sujet haïtien».

CHAPITRE II

LES HAÏTIENS À MONTRÉAL : ÉTAT DE LA SITUATION

Ce chapitre dresse un portrait succinct de la population haïtienne de Montréal. L'historique migratoire, la situation géographique, les structures familiales de même que les conditions économiques et de vie des Haïtiens vivant à Montréal y sont abordés. Ces différents éléments permettent d'établir un portrait, mais il va sans dire non exhaustif, de cette population.

2.1 Historique migratoire

L'immigration haïtienne au Québec peut se résumer en trois grandes périodes principales. La première vague a eu lieu entre 1950 et 1967, avec une légère augmentation entre 1950 et 1960, laquelle apparaît comme une conséquence du programme de recrutement des femmes pour le service domestique, une expansion économique ayant suivi la Seconde Guerre mondiale. La majorité des personnes ayant immigré durant cette période migratoire étaient des étudiants, bien qu'y figuraient également certains professionnels. Cette vague de migration doit être observée en relation avec la dépendance structurelle de l'économie haïtienne, le chômage d'une grande partie de la population, l'autoritarisme et la politique répressive de Duvalier à partir de 1957¹⁰ (Piché *et al.*, 1983 ; Stepick 1987).

La deuxième vague migratoire a eu lieu entre 1967 et 1977. Le nombre d'immigrants haïtiens au Québec a augmenté de façon considérable au cours de cette seconde vague. En fuyant le régime Duvalier, la répression organisée et la dégradation des conditions de vie en Haïti, des travailleurs et des travailleuses hautement qualifiés, des professionnels dans les champs des services sociaux, de l'éducation et de la santé ont été accueillis par le gouvernement québécois. Pendant cette période, une nouvelle politique migratoire a été mise de l'avant. La loi était dorénavant axée sur des critères de sélection des immigrants liés à la

¹⁰ Le régime dictatorial en Haïti naît avec la révolution de l'Indépendance et la formation de la République en 1804, avec l'instauration de la présidence héréditaire à vie, la répression de toute opposition et l'exercice des droits de la personne (Labelle *et al.*, 1984). La structure sociale d'Haïti était alors également caractérisée par la ségrégation et par l'inégalité sociale, toujours recherchées par la classe dirigeante afin de conserver le pouvoir. Haïti est actuellement le pays le plus pauvre des Amériques (Vonarx 2006 : 125).

qualification professionnelle et au niveau d'éducation. Ce changement de loi obéissait à la nécessité d'une main-d'oeuvre qualifiée au Canada. C'est également durant cette période que l'immigration est devenue un enjeu démographique important pour la province francophone qu'est le Québec. Les Haïtiens, en raison de leur haut niveau de scolarisation et leur maîtrise du français, ont été rapidement intégrés à la société et au marché du travail québécois (Icart 1995 : 2).

La troisième période de migration s'étend de 1973 à 1980. Cette vague migratoire avait pour trame de fond la récession économique et elle était favorisée par la nouvelle loi de l'immigration sélective. Elle se caractérisait par une baisse du nombre des immigrants dits « indépendants » au profit de ceux qui étaient « parrainés ». Les immigrants de cette période étaient beaucoup moins spécialisés et comprenaient surtout des femmes, des travailleurs et des ouvriers, qui étaient destinés au secteur manufacturier de même qu'à celui des services (Labelle *et al.*, 1984). Dans la population haïtienne immigrée, environ le tiers (34,1 %) a immigré au cours de la période de 1971 à 1980 (Gouvernement du Québec, 2005).

Suite à cette troisième grande vague migratoire, la période de 1981 à 1986 a été caractérisée par une très forte concentration d'immigrants admis dans la catégorie « famille », c'est-à-dire qu'ils venaient rejoindre des membres de leur famille déjà établis au Québec. Ces nouveaux arrivants travaillaient principalement dans le secteur de la fabrication, dans les services, l'industrie de la transformation, le personnel administratif, l'enseignement, la santé ou encore dans les sciences naturelles (Québec 1995a : 250). Le profil de l'immigrant haïtien est demeuré relativement semblable de 1987 à 1991, bien qu'il y ait eu une augmentation importante des admissions et un nombre légèrement supérieur de femmes (Icart 1995 : 2) admises. Environ 29,9 % des immigrants haïtiens se sont installés entre 1981 et 1990. Les travailleurs se concentraient dans les secteurs de la manutention, le bâtiment, la fabrication, les services, ils étaient des techniciens de la santé, du personnel administratif et médical, et près de 20 % de ces immigrants possédaient une scolarité de niveau universitaire (Gouvernement du Québec, 2005).

Depuis la fin des années 1990, le nombre d'immigrants haïtiens demeure relativement stable. Environ 13,2 % de cette population a immigré au cours de la période 1996 à 2001 (Gouvernement du Québec 2005). Au Québec, le principal pays de naissance des

immigrants noirs est Haïti (52,5 %). Les Noirs forment la première minorité visible en importance dans la région métropolitaine de Montréal, représentant près de trois dixièmes (28,6 %) de la population des minorités visibles à Montréal et plus du cinquième (21,6 %) de tous les Noirs du Canada. Environ 55,9 % des Noirs de Montréal sont nés à l'étranger, et plus de la moitié de ceux-ci (55,4 %) sont natifs d'Haïti (Statistiques Canada, 2009).

Par rapport à la catégorie d'immigration (le statut à l'arrivée), les données publiées ne permettent pas de distinguer le type d'immigrant en fonction de son pays de naissance. Néanmoins, on constate que les immigrants admis au Québec comme réfugiés proviennent surtout d'Amérique du Sud et d'Amérique Centrale, des Caraïbes et de différentes régions de l'Afrique (Ministère de l'Immigration et les Communautés culturelles, 2008). L'enquête réalisée par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) et par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a démontré qu'environ 47 % de ces immigrants, âgés de 15 ans et plus, ont été témoins de faits violents dans leur pays d'origine, alors que 27 % affirmaient qu'eux-mêmes ou leurs proches avaient souffert de persécution. Environ les deux tiers des immigrants haïtiens (66 %) ont déclaré avoir quitté leur pays pour des raisons politiques, et plus de la moitié (environ 57 %) d'entre eux ont rapporté avoir immigré en raison de leur situation économique.

2.2 Profil socioéconomique

2.2.1 Localisation géographique et logement

Parmi la population haïtienne, il y a actuellement 69 945 personnes qui résident dans la région métropolitaine de Montréal (soit 93,9 % de cette population immigrante établie au Québec). On compte également 10,9 % d'immigrants haïtiens dans la région administrative de Laval et 8,4 % dans celle de la Montérégie.

Notons d'abord que certains quartiers montréalais regroupent une plus forte concentration d'Haïtiens, et ce, même si certains auteurs mentionnent que la communauté haïtienne n'a pas tendance à former des quartiers ou des ghettos (Icart 1995 : 2 ; Massé 1995). Les chiffres actuels indiquent que plus de la moitié des immigrants haïtiens à Montréal habitent les arrondissements de Villeray, de Saint-Michel, de Parc-Extension (les trois, 21,0 %), de Montréal-Nord (17,9 %) et de Rivière-des-Prairies, de Pointe-aux-Trembles et de Montréal-Est (les trois, 15,3 %). De plus, 8,6 % des immigrants haïtiens résident dans

l'arrondissement d'Ahuntsic-Cartierville, et 7,0 % dans celui de Saint-Léonard (Statistique Canada, 2001).

En ce qui a trait aux conditions de logement, une enquête réalisée au début des années 1980 auprès de 50 familles a démontré qu'elles étaient déplorables. Les ouvriers québécois d'origine haïtienne vivaient dans des logements en mauvais état, obscurs et surpeuplés. Aussi, ces immigrants avaient une haute mobilité résidentielle comme conséquence de leurs fréquents changements d'emploi. Par contre, la petite bourgeoisie tendait à avoir plus de facilité à accéder à la propriété privée (Massé 1983).

Les conditions de logement difficiles des immigrants haïtiens seraient attribuables à l'expérience de racisme et/ou de discrimination dont ils sont la cible à Montréal. Parmi les Haïtiens arrivés au Québec entre 1988 et 1997, environ 31 % ont déclaré avoir vécu des situations de discrimination au moins une fois. Ces actes de discrimination ont justement été subis principalement dans la recherche d'emploi (72 %) ou de logement (67 %) (Statistiques Canada 2005 : 5 ; Ledoyen 2004 et Garon 1998).

2.2.2 Les conditions scolaires et économiques

Sur le plan de la scolarité, 45,1 % des membres de la communauté haïtienne âgés de 15 ans et plus n'ont pas dépassé le certificat d'études secondaires. Seulement 15,4 % détiennent un diplôme ou un certificat collégial, et 11,9 % un degré universitaire¹¹. Les professions les plus répandues au sein de cette communauté sont celles associées à la vente et aux services (23,3 %), à la transformation, à la fabrication et aux services d'utilité publique (20,7 %). De même, on retrouve des professions liées aux affaires, à la finance, à l'administration (16 %) et dans le milieu de la santé (12,8 %). Les femmes haïtiennes sont d'ailleurs surreprésentées dans cette dernière profession (Gouvernement du Québec 2005 : 7).

La population haïtienne compte 36 225 personnes âgées de 15 ans et plus au sein de la population active. Le taux d'activité global est de 67, 2%, et le taux d'emploi de 56,5 %. Les hommes haïtiens sont davantage actifs sur le marché du travail que les femmes de même origine. Le taux d'activité des femmes haïtiennes est plus élevé que celui de l'ensemble des

Québécoises (64,4 % contre 57,7 %). Cependant, la population haïtienne présente un taux de chômage deux fois plus élevé (15,9 %) que celui de l'ensemble des Québécois (8,2 %) (Gouvernement du Québec 2005 : 7). Les principaux secteurs d'activité de la population haïtienne sont ceux de la fabrication (26,9 %), des soins de santé et de l'assistance sociale (16,7 %). De plus, 9% de la population active se trouve dans l'industrie du commerce de détail, et 6,7 % dans celle de l'hébergement et des services de restauration.

La proportion des Haïtiens vivant sous le seuil de la pauvreté semblait une des plus élevées au Canada en 2001 (Statistiques Canada 2001). Le revenu moyen des immigrants haïtiens au Québec était de 19 502 \$ en 2005 (ce revenu était parmi les plus bas, si l'on compare avec le revenu moyen de la population générale) (ISQ 2009). Les trois quarts (75,6 %) des revenus de cette population proviennent de l'emploi, et 19, 1 % des transferts gouvernementaux. Le revenu moyen des hommes est plus élevé que celui des femmes. Le quart (24,9 %) du revenu des femmes haïtiennes provient des transferts gouvernementaux (Gouvernement du Québec 2005 : 7).

2.3 Les structures familiales haïtiennes au Québec

Il n'y a pas de structure familiale haïtienne unique au Québec ou à Montréal. Les différents types de familles ont des formes diverses d'adaptation aux conditions de vie prémigratoires et postmigratoires (le processus de regroupement des membres de la famille, l'état matrimonial du migrant, le genre, la classe sociale, etc.). La migration peut avoir différentes conséquences sur la structure et sur l'organisation des familles haïtiennes. Il est possible qu'elles se dispersent, qu'elles se réunifient après plusieurs années ou encore qu'elles forment de nouveaux réseaux. Les familles immigrantes haïtiennes font face à des problèmes de plusieurs natures, comme les conditions prémigratoires, les difficultés d'adaptation à la société d'installation, le racisme vécu dans le travail et dans le logement, les barrières linguistiques, la situation économique, la séparation des membres de la famille et les préoccupations par rapport aux parents qui sont restés en Haïti (Massé 1995 : 452).

Sterlin (1987) résume la dynamique d'adaptation de l'immigrant haïtien en trois phases principales. D'abord, les migrants peuvent vivre une rupture avec le réseau social de la

¹¹ Les membres de la population haïtienne sont proportionnellement moins nombreux à détenir un grade

famille étendue. Cette atomisation du réseau social entraîne un repli sur la famille nucléaire, qui doit alors absorber seule le choc associé à l'intégration à la nouvelle société. La deuxième phase se caractérise par la rupture du dispositif préventif et curatif traditionnel. Ce dispositif est ainsi remplacé par le système normatif appartenant à la société d'accueil ou par les Églises et les groupes religieux. Enfin, il y a une tentative d'accommodement ou d'assimilation à la nouvelle société, qui se traduit par une adaptation instrumentale et comportementale (Sterlin 1987, cité dans Massé 1995 : 451).

Cependant, à l'instar de Taboada-Leonetti (1994) et de Portes (1995), il est important de rappeler que les processus d'établissement des immigrants sont différentiels et multiformes. Ils ne renvoient pas à des schémas ou à modèles qui seraient linéaires et qui prédétermineraient le vécu de migration des nouveaux arrivants. Au contraire, de tels processus postmigratoires renvoient à des aspects matériels (logement, travail, quartier), sociaux (liens de sociabilité) et symboliques (reconnaissance sociale) complexes et indissociables de l'expérience individuelle. Ces processus recouvrent des dynamiques autant individuelles (dimension microsociale) que collectives (dimensions mésosociales) et sociétales (dimension macrosociale et conditions d'accueil institutionnelles et publiques) (Fortin et Renaud 2004 : 35). Fortin et Renaud (2004 : 40) mettent toutefois en lumière une tendance importante, soit la présence de liens entre la participation au marché du travail et la socialisation des immigrants.

D'un autre côté, l'expérience migratoire tend à influencer particulièrement les relations conjugales. Le modèle traditionnel de la famille haïtienne, dont l'homme représentait l'autorité principale, tend à se modifier profondément. La femme haïtienne ne veut plus considérer le mariage comme une institution consacrée à l'éducation des enfants. Par contre, elle désire que le couple devienne le lieu d'une relation affective, et que les obligations envers les enfants soient partagées. De surcroît, l'autonomie financière devient plus accessible aux femmes haïtiennes au Québec. Cependant, il arrive que le mari refuse de laisser aller le monopole de l'autorité ou sa liberté d'action. Cette situation est particulièrement propice à laisser apparaître des tensions conjugales de toutes sortes (Massé 1995).

Malgré tout, pour les immigrants haïtiens, la famille représente la structure sociale fondamentale sur laquelle s'appuient leurs réseaux de relations. La famille constitue l'unité de base du processus d'adaptation et elle se veut un soutien fondamental à la stratégie migratoire. De plus, souvent la décision d'émigrer n'est pas individuelle, mais elle doit plutôt être perçue comme une stratégie familiale de réaction face aux conditions de vie (qu'on cherche à améliorer en immigrant) dans la société d'origine. Également, la famille migrante haïtienne apparaît comme un vaste réseau d'unités domestiques dispersées et ayant pour fonction d'assurer la coopération et la communication entre les membres qui vivent à Montréal, ceux qui restent en Haïti et ceux de la diaspora haïtienne à travers le monde. La famille étendue, de son côté, fournit des bases matérielles, tout en permettant la reproduction des idéologies, des schémas de comportements et des systèmes de valeurs dans le contexte migratoire (Massé 1995 : 447).

En ce qui concerne l'état matrimonial, 45,4 % des membres de la communauté haïtienne du Québec sont actuellement célibataires, et le tiers (33,5 %) sont mariés. Il y a plus d'hommes mariés que de femmes mariées (38,1 % contre 29,9 %). On dénombre 16 855 personnes mariées, 3 115 partenaires en union libre et 8 305 familles monoparentales. Parmi les membres de cette communauté, la proportion de femmes divorcées est presque deux fois plus élevée que chez les hommes (14,3 % contre 8,2 %), et la proportion de femmes veuves est près de quatre fois plus élevée (5,8 % contre 1,6 %). Le nombre de familles monoparentales est proportionnellement plus élevé au sein de cette population que dans l'ensemble des familles québécoises. Les familles monoparentales sont dirigées surtout par des femmes.

Dans les familles de la communauté haïtienne de Montréal, on dénombre 35 325 enfants, soit 47,5 % de cette population. La proportion des enfants au sein des familles est ainsi plus élevée dans la communauté haïtienne que dans l'ensemble de la population québécoise (30,9 %). Outre ces données, peu d'informations sont disponibles concernant les enfants des familles immigrantes haïtiennes. Il existe une certaine documentation, surtout des études psychologiques, qui tendent à indiquer que les enfants haïtiens en Amérique du Nord se trouvent souvent dans un état de « choc culturel » et de traumatisme, comme résultat de la migration et des ruptures dans l'univers social et affectif. Les enfants auraient, entre autres, des problèmes d'apprentissage et d'adaptation sociale (Douyon 1982 : 53). En revanche,

plusieurs critiques sont adressées aux tests employés dans ce type d'études. Entre autres, ces tests psychologiques ne tiennent pas compte de l'histoire personnelle et des conditions familiales et sociales particulières des enfants. Ainsi, ils ne représentent que des mesures d'adaptation des enfants au système éducatif nord-américain.

Utilisant un tout autre type de méthodologie de recherche, les anthropologues Perreault et Bibeau ont mené une étude auprès des jeunes Québécois d'origine haïtienne (Perreault et Bibeau 2003). Ces auteurs soulignent que la famille occupe une place importante dans leur vie de tous les jours. De plus, les enfants reconnaissent leurs obligations à l'égard de leurs parents, ce qu'ils démontrent par le respect, et ce, même s'ils les considèrent comme mal adaptés par rapport au style d'éducation canadien. Ces jeunes disent aussi se sentir responsables de leurs parents, de leurs sœurs, de leurs frères et même de leurs grands-parents et de la lointaine parenté. En général, ces jeunes continuent à valoriser leur famille et à la défendre, et ils disent ne pas vouloir vivre selon le style de famille québécoise typique, qui est souvent monoparentale et dans laquelle l'individualisme et l'indépendance dominent (Perreault et Bibeau 2003 : 258).

2.4 La population haïtienne à Montréal

Selon Massé (1995), les Montréalais d'origine haïtienne tendent à s'organiser sur une base communautaire depuis les années 1970. À partir de 1980, la communauté haïtienne commence à constituer un groupe non négligeable à Montréal et elle se caractérise par son dynamisme, par une forte identité ethnique, par une capacité à offrir des biens et des services aux nouveaux immigrants. Une bonne partie de ce dynamisme a découlé de la première phase de la migration haïtienne et des besoins des individus faiblement scolarisés de la deuxième grande vague migratoire (Massé : 1995). Les familles ont également eu tendance à s'élargir durant cette période (résultat de réunifications), alors que d'autres types d'organismes communautaires ont vu le jour. Ces organismes communautaires ciblaient principalement les femmes, les jeunes, la francisation, la défense des droits, la santé, l'intégration au marché du travail, de même que les problèmes intrafamiliaux. Il y a aussi eu une augmentation des petits commerces, surtout dans le domaine de l'alimentation et de la coiffure. Le nombre d'églises, de bureaux d'avocats et de médecins, de courtiers d'assurances et immobiliers a également subi une forte augmentation. Cette émergence en termes d'infrastructures et de services consacrait le passage d'un groupe luttant pour sa

reconnaissance légale à une communauté se dotant d'une base organisationnelle de survie (Véga *et al.*, 1987, dans Craan 1995 ; Craan 1993, dans Massé 1995 : 449).

En termes généraux, la documentation existante signale que la communauté haïtienne à Montréal joue un rôle de protection essentielle pour les nouveaux arrivants. La présence active de ses organismes et associations constitue un soutien vital pour faciliter l'adaptation à la nouvelle société, dans la mesure où ils représentent la véritable première société d'accueil des immigrants (Massé 1995 : 449). Il importe toutefois de nuancer ces conclusions. Quelques études démontrent, par exemple, qu'après dix ans de séjour, 71 % des réseaux de contacts des migrants haïtiens étaient composés de personnes de la même origine, alors que 25 % étaient composés de Québécois et de Canadiens (Fortin et Renaud 2004 : 47). En ce qui concerne le statut de l'emploi, la fréquentation des Québécois et des Canadiens n'affecte pas la situation des immigrants haïtiens, et le recours aux réseaux composés de conationaux semble s'avérer néfaste. En effet, les réseaux orientés vers les conationaux représentent l'équivalent d'une perte de 10,2 années de scolarité (Fortin et Renaud 2004 : 51). De plus, les migrants haïtiens ont tendance à s'établir et à s'insérer sur le marché du travail montréalais à travers une modalité d'inclusion à la société locale qui semble informelle (Fortin et Renaud 2004 : 53). Ces derniers résultats nous invitent à prendre avec précaution tout type de généralisation et à tenir compte de la complexité et des multiples formes prises par les processus migratoires. Ceux-ci ne répondent pas à des parcours prédéterminés, mais ils renvoient plutôt à des vécus individuels qui s'inscrivent dans des contextes sociaux, économiques et culturels particuliers.

2.5. La santé chez les immigrants haïtiens

En ce qui a trait au profil épidémiologique de la population haïtienne au Québec, les données officielles démontrent que la majorité des immigrants haïtiens (65 %) ne rapportent aucun problème de santé (contre 42 % dans l'ensemble des Québécois) (Ministère des Communautés Culturelles et de l'Immigration 2005). En ce qui concerne les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés par les immigrants haïtiens au Québec, on trouve les maux de tête, les maux de dos ou de la colonne vertébrale (environ 6 %), l'arthrite, les rhumatismes, de même que les allergies et les affections cutanées (environ 5 %) (Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration 2005 : 5). Quant à la perception que les Haïtiens ont de leur santé, environ 54 % de ces immigrants de 15 ans et plus arrivés entre

1988 et 1997 considèrent qu'ils ont une excellente ou une très bonne santé, soit une proportion comparable à celle de la population québécoise dans son ensemble (57 %). Par contraste, proportionnellement plus d'Haïtiens (18 %) que de Québécois (9 %) en général jugent leur santé comme moyenne ou mauvaise. Il n'y a pas de données concernant l'état de santé et les problèmes de santé chez les enfants dans cette enquête. En ce qui concerne la diversité alimentaire, seulement 21 % des migrants haïtiens auraient une alimentation équilibrée et variée. Cette observation est corroborée par les résultats portant sur le niveau d'insécurité alimentaire, alors que moins des deux tiers (63 %) des immigrants haïtiens ont répondu que les revenus du ménage sont suffisants pour assurer une bonne alimentation en quantité suffisante et en qualité. On constate aussi que seulement 59 % des Haïtiens ont déclaré qu'ils peuvent facilement trouver des aliments à un coût raisonnable, 69 % ayant rapporté qu'ils peuvent facilement trouver des aliments qui correspondent à leurs goûts, et 77 % affirmant pouvoir trouver facilement des aliments favorisant la santé (ISQ 1999).

En ce qui a trait aux services de santé des immigrants haïtiens, à partir des années 1970, la fréquentation des cabinets tenus par des médecins de même origine nationale a augmenté (Bibeau *et al.*, 1987). À la fin des années 1980, certains médecins haïtiens avaient une clientèle composée d'environ 60 % d'Haïtiens dans des quartiers où ces immigrants ne comptaient que 5 % de la population (Bibeau *et al.*, 1987). D'après l'étude réalisée auprès des « communautés culturelles » entre 1998 et 1999, au cours d'une période de deux semaines, environ 15 % des immigrants haïtiens ont consulté un professionnel de la santé (médecin ou autre), comparativement à 24 % de la population québécoise (Pica 2004). En outre, près de 63 % des Haïtiens de 15 ans et plus ayant participé à cette étude connaissent le service téléphonique Info-Santé (cette proportion est plus élevée dans la population québécoise, soit 76 %). La proportion de ces immigrants qui connaissent ce service est plus élevée parmi ceux qui vivent avec un enfant mineur (68 %, contre 55 % chez les autres) (Pica 2004).

2.5.1 Les représentations du vaudou¹² et de la médecine créole¹³

La médecine créole et le vaudou haïtien se prêtent difficilement à l'homogénéisation. Ces pratiques sont le lieu d'une grande diversité. Malgré l'impossibilité de faire des généralisations par rapport au vaudou, certains aspects principaux peuvent être identifiés. Par ailleurs, aucune étude ne porte sur les représentations du vaudou dans le contexte actuel et sur les rapports entre le système de soins du vaudou et le système de santé officiel du Québec.

D'après Vonarx (2005), le vaudou constitue la religion populaire la plus importante en Haïti ; il faut toutefois le situer avant tout dans le champ de la santé (par rapport au champ du religieux). Cet auteur a en effet constaté que le vaudou constituait un système de soins au sein du pluralisme médical religieux haïtien. Le vaudou propose des réponses aux manques des gens et il s'inscrit dans une quête du mieux-être. Il façonne la réalité haïtienne et participe à l'interprétation des événements de la vie quotidienne comme la mort, la maladie et autres problèmes ou infortunes ; il offre une palette de services aux gens qui cherchent une façon d'améliorer leur sort ou de se protéger de différentes infortunes, dans un environnement quotidien où les aléas mènent plus souvent à la perte qu'au gain. Aussi, le vaudou offre une ligne de conduite et constitue une forme de contrôle social en servant à canaliser l'agressivité et à réguler les rapports sociaux que l'État, carencé, peine à gérer. Il inscrit les individus dans une relation indélébile avec la famille élargie de même qu'avec certains lieux, contribuant ainsi à conserver les liens familiaux et à réduire l'éclatement des communautés locales dans un contexte d'exode rural. Le vaudou est donc un système de référence phare au sein du contexte médical religieux haïtien actuel (Vonarx 2005 : 168).

¹² Le mot *voodoo* provient d'un terme de la langue Fon qui signifie « esprit ». Les esclaves amenés du Dahomey après le XVIII^e siècle ont été les premiers à introduire des croyances et des pratiques africaines en Haïti. Les esclaves ont identifié les dieux africains aux saints catholiques, produisant ainsi un amalgame syncrétique qui réunit le catholicisme européen, les divinités des religions de l'Afrique occidentale à d'autres pratiques religieuses de même qu'aux systèmes esthétiques et aux objets décoratifs des Africains (Bastide 1971, Mintz and Price 1992, dans Brodwin 1996 : 170).

¹³ Le mot « créolisation » est emprunté à la linguistique. Lorsque deux langues sont mises en contact (en règle générale, dans des contextes de rencontres inégalitaires, souvent même violentes), une troisième langue (créole) se forme à travers la combinaison d'éléments pris des deux langues mères, parfois des trois ou quatre langues. Le créole haïtien est néo-africain par sa syntaxe et néo-français par son vocabulaire (Depestre 1998). Dans le cas de la médecine créole, on fait référence au type de soins de santé pratiqués en Haïti, surtout par la culture populaire. Cette médecine partage des concepts et des techniques avec le vaudou, mais elle en a aussi quelques-uns qui lui sont particuliers. La séparation et les limites entre les deux systèmes ne sont pas toujours claires. En général, on peut dire que la culture haïtienne est créolisée

En termes de trajectoires thérapeutiques, ce système de soins est présent dans le paysage médical haïtien au même titre que la biomédecine ; il est même encore plus étendu, complexe, dynamique et raffiné que la médecine moderne (Tremblay 1995). Le vaudou et la médecine créole sont surtout des pratiques communautaires. Ils s'exercent dans le *lakou*¹⁴, en famille, ou entre membres sans parenté d'un même *lakou*. Cependant, la famille est le premier niveau d'action thérapeutique et elle joue un rôle social très important en Haïti. En effet, il existe un ensemble de savoirs et de pratiques effectuées dans les maisonnées. Ce sont les femmes, surtout, qui connaissent des plantes médicinales et des rites pour les activer et les renforcer. Comme les résultats d'une enquête l'ont démontré, lors d'une démarche pour guérir leur enfant, la plupart des femmes ont avant tout recours à l'aide de la médecine créole. C'est l'option thérapeutique qu'elles privilégient. C'est ainsi que cette médecine fournit des moyens préventifs et curatifs importants pour les maladies des enfants (Tremblay 1995 : 66). En outre, la conception particulière de la maladie dans la médecine créole haïtienne préserve une position dynamique de la personne dans son rapport à la prévention et à la guérison (Tremblay 1995 : 231).

Quant à l'utilisation des services de santé par les Haïtiens en Amérique du Nord, les articles existants (qui ne sont pas nombreux) laissent voir que les cliniciens et le personnel biomédical ont tendance à considérer le vaudou haïtien comme un système de croyances associé à des individus non éduqués et non cultivés ou comme un ensemble de superstitions et de paroles de charlatans. Il se peut également que les cliniciens et les médecins considèrent ces pratiques et ces croyances comme des manifestations pathologiques. De même, le vaudou et la médecine créole d'Haïti sont perçus comme des barrières qui empêchent l'accès de ces migrants au système de santé officiel (Miller 2000 ; Fields 2001). En outre, il manque de connaissances sur le vaudou tel qu'il est actuellement pratiqué, et ce déficit de documentation est particulièrement vrai en ce qui concerne les rapports entre le vaudou et la santé (Laguerre 1980 ; Vonarx 2005 : 51).

dans le plein sens du terme, dans la mesure où elle porte un héritage culturel multiple où se mêlent les mondes autochtones amérindiens, européen et africain.

¹⁴ Le *lakou* représente une structure sociale composée par une congrégation de familles, avec un prêtre vaudou assigné. Selon les observations de Vonarx (2005), ces *lakou* ont depuis longtemps tendance à disparaître, entraînant l'éclosion de petites unités familiales.

2.6. Les pratiques religieuses des immigrants haïtiens à Montréal

En dernier lieu, pour ce qui a trait aux pratiques religieuses et spirituelles des immigrants haïtiens à Montréal, on compte une proportion non négligeable de personnes qui se considèrent comme pratiquantes ou croyantes d'une certaine religion. Pour certains Québécois d'origine haïtienne, la vie religieuse et spirituelle se rattache à une religion animiste qui inclut le vaudou, alors que pour d'autres, la religion demeure absente de leur vie. Il y a aussi des gens non pratiquants et certaines Haïtiennes qui sont athées (Lépine 2008 : 36). Cependant, des études récentes ont démontré que la religion a une influence sur les croyances, sur les savoirs et sur les comportements des personnes d'origine haïtienne, puisqu'elle permet de créer des repères et de traverser des moments difficiles (Adrien *et al.*, 2001), et que les pratiques religieuses occupent une place non négligeable dans la vie des immigrants haïtiens à Montréal.

Plusieurs de ces personnes disent trouver différentes ressources matérielles, sociales et émotionnelles dans les églises fréquentées, parmi lesquelles se trouvent surtout des églises issues des réformes protestantes et catholiques (Mossièrè 2006), et du vaudou (Jean-Gilles 2005). Selon Bibeau (2006), les fonctions traditionnelles de la religion que les anthropologues, les sociologues et les psychologues ont mises en évidence semblent continuer à s'imposer à l'échelle locale, voire assigner un sens à la souffrance et à la mort, intégrer les personnes dans un groupe, assurer un fondement à la morale, proposer une transcendance, etc. (Bibeau 2006). Parmi les ressources importantes que les églises fréquentées par plusieurs immigrants haïtiens à Montréal semblent mettre à leur disposition, on trouve : faciliter leur installation et leur insertion dans la vie sociale démocratique, créer et négocier les rôles et les liens sociaux, proportionner des liens et des réseaux sociaux effectifs, fournir une communauté d'appartenance (Mossièrè 2006), assigner un sens à l'expérience de la migration, doter d'un sens la vie dans la nouvelle société en travaillant les ambiguïtés et les frontières dans lesquelles les personnes immigrantes sont placées, répondre au souci thérapeutique, bâtir leur identité en tant que nouveaux individus citoyens en dépassant dans certains cas la discrimination dont cette population souffre, fournir des modèles d'insertion civique en maintenant leur articulation sur certaines valeurs centrales des cultures d'origine (Bibeau 2006).

D'un autre côté, aux grands courants religieux du catholicisme et du protestantisme s'ajoute le vaudou. Selon Jean-Gilles (2005), on peut observer la coexistence de ces courants religieux autant en Haïti que dans la diaspora haïtienne. En ce qui concerne le vaudou, il est une réalité culturelle qui a souvent été jugée folklorique et réduite à la sorcellerie, à la magie (Lépine 2008), mais elle façonne la communauté haïtienne et demeure très importante dans la vie de plusieurs personnes d'origine haïtienne (Bijoux 1990 ; Dieudonné 1996). D'après Bijoux (1990), même les Haïtiens qui ont rejeté officiellement le vaudou continuent à penser comme des pratiquants du vaudou et participent au culte et aux cérémonies, surtout dans les moments difficiles de leur existence (Bijoux 1990). À ce propos, Dieudonné (1996) ajoute que le vaudou régit les conduites de toutes les couches sociales, à des degrés divers, même chez ceux qui se disent non pratiquants du vaudou.

Bref, les pratiques religieuses occupent une place importante dans la vie quotidienne des Haïtiens à Montréal. Quelques églises syncrétiques deviennent le principal lieu de socialisation se substituant à la communauté laissée dans le pays d'origine, mettant à la disposition de ses membres des ressources comme des activités récréatives, des services informationnels et matériels et des conseils en matière d'emploi ou psychologiques qui facilitent leur installation et leur intégration à la société d'établissement (Mossière 2006). De même, ces églises mettent en place une forme de religion proche des valeurs des immigrants, soucieuse de guérison et en prise sur leur quotidienneté, particulièrement lorsque ces fidèles sont confrontés à des problèmes de santé et de survie difficiles dans le contexte d'établissement (Bibeau 2006).

Conclusion

Ce chapitre a dressé un portrait succinct de la population haïtienne à Montréal. Les aspects abordés ont été l'historique migratoire des immigrants haïtiens au Québec, avec ses principales vagues migratoires et son profil socioéconomique général. D'autres caractéristiques présentées ont été les principales tendances actuelles de ces immigrants à Montréal en matière de localisation géographique, de logement, de niveau de scolarité, de situation économique, de même que d'importance relative de leur organisation communautaire. Nous avons eu recours à de telles données concernant les caractéristiques des immigrants de la communauté haïtienne autant à Montréal qu'au Québec, dans la

mesure où elles constituent les renseignements officiels disponibles. Néanmoins, de tels profils ne signalent que des tendances très générales, et ils n'arrivent pas à témoigner de l'hétérogénéité des personnes d'origine haïtienne vivant à Montréal.

Un autre aspect signalé a été la diversité des structures familiales des immigrants haïtiens au Québec. Ces différents types de familles représentent des formes d'adaptation aux conditions particulières de vie prémigratoires et postmigratoires. Néanmoins et malgré la diversité des structures familiales, la famille (autant la famille nucléaire que la famille étendue) reste la structure et le réseau social fondamentaux pour ces immigrants et pour leurs enfants.

Les pratiques religieuses occupent une place importante dans la vie quotidienne des immigrants haïtiens à Montréal, en offrant un lieu de socialisation qui se substitue à la communauté laissée dans le pays d'origine, en mettant à la disposition des personnes différentes ressources et services qui facilitent leur installation et leur intégration à la société locale. De plus, les principales pratiques religieuses de ces immigrants mettent en place une forme de religion qui répond aux difficiles problèmes de santé et de survie dans la société d'établissement. Nous avons aussi signalé que la médecine créole et le vaudou constituent un système de référence phare au milieu du contexte médical religieux haïtien actuel (Vonarx 2005 : 168).

Enfin, en ce qui concerne l'état de santé de cette population à Montréal, le profil épidémiologique signalé montre les principaux problèmes de santé rapportés par ces personnes dans les services médicaux officiels. Néanmoins, il manque d'études concentrées sur les problèmes gastriques liés à la digestion et à la région ventrale. De même, des recherches qui approfondiront les points de vue des familles et de leurs enfants en ce qui concerne leurs problèmes de santé, leur façon d'y répondre et les options thérapeutiques retenues restent à réaliser.

CHAPITRE III

Partie 1 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Afin d'aborder et de mieux comprendre la perception et l'expression des maux de ventre ainsi que les explications, les sens et les réactions des familles concernées, nous nous sommes appuyée sur des méthodes de collecte et d'analyse de données qualitatives issues de l'anthropologie médicale. Le « système de signes, sens et actions » (Corin *et al.*, 1992) a été privilégié dans le but de documenter, de classer et d'analyser l'information recueillie au moyen d'entretiens en profondeur. Quoique cette étude s'inscrive dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste¹⁵, ce parcours méthodologique a présenté ses propres défis et techniques, notamment en raison de la population ciblée par ce mémoire et de ses conditions spécifiques.

3.1 Question de recherche et objectifs

Notre question principale concerne la compréhension des maux de ventre en tant que phénomène collectif traversé par des dimensions culturelles, historiques et sociales. Nous souhaitons circonscrire comment les perceptions, les explications et les réponses données à ces douleurs interagissent avec les dimensions sociales et culturelles. Nous visons à élucider les tendances et les logiques qui traversent les niveaux sémiologique (les symptômes), interprétatif (les explications) et pragmatique (les actions) des maux de ventre. Tout cela à la lumière des rapports sociaux reconstruits à travers la migration, des structures et des dynamiques familiales ainsi que les ressources sociales, symboliques et économiques dont disposent les familles haïtiennes à Montréal traitées par notre étude.

Le but principal consiste à identifier les représentations, les perceptions et les explications attribuées aux maux de ventre ainsi que les ressources et les moyens de soulagement mis en action par les familles. Les objectifs opérationnels sont : l'exploration de la perception et de l'expression des signes et des symptômes liés à ces douleurs, l'identification des

¹⁵ Fortin *et al.*, FRSQ 2008-2011.

significations et des explications attribuées aux maux de ventre et la documentation des réactions et des manières concrètes de gérer ces douleurs.

Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle il y a des reconfigurations sur le plan des représentations, des explications, des sens et des réponses face aux maux de ventre des enfants. Ce caractère mouvant fait partie des dynamiques sociales contemporaines, dans lesquelles les mouvements migratoires entraînent de multiples processus sociaux et culturels, tels que la déterritorialisation, le dé-enracinement, la redéfinition identitaire et la reconfiguration des savoirs (Fortin et Le Gall : 2008). Dans ce processus de reconfiguration, nous nous attendons à ce que les familles ciblées aient recours à de multiples pratiques de soins et de guérison, s'inspirant des savoirs-faire provenant de différentes matrices culturelles.

3.2 Une approche qualitative

La démarche méthodologique adoptée est qualitative, d'inspiration anthropologique et centrée sur des entretiens semi-dirigés auprès de la population ciblée, les immigrants haïtiens à Montréal. Une *recherche qualitative* est une activité qui place le chercheur dans le monde et qui consiste en un ensemble d'interprétations qui veut saisir la construction sociale du monde à partir des termes et des significations donnés par les personnes elles-mêmes. Cette démarche retenue permet d'atteindre et de documenter les perceptions, les représentations et les réactions face aux maux du ventre, du point de vue des familles elles-mêmes. Ainsi, nous avons documenté ce que les mères et les enfants pensent et disent faire par rapport à ce problème, à travers leurs récits. Contrairement aux recherches quantitatives, qui mettent l'accent sur la quantité de données accumulées et sur la mesure et l'analyse des relations causales entre variables (Denzin et Lincoln 2000 : 8), cette perspective méthodologique permet d'approfondir le sens des données et d'en respecter la complexité, en soulignant la nature sociale et culturelle des processus de maladie. En outre, parmi les stratégies et les méthodes mises en œuvre, se trouvent le recrutement des participants, la collecte des données à travers des entretiens et l'analyse des récits.

3.3 L'échantillon

Dans le cadre de ce mémoire, l'échantillon a été composé de cinq unités familiales à composition variable répondant à quelques critères généraux : il s'agit de parents nés à Haïti, ayant émigré au Canada et vivant présentement à Montréal, avec un ou des enfants (filles et/ou garçons) âgés de 8 à 16 ans ayant fréquemment des maux de ventre. Ceux-ci ne devaient pas nécessairement être nés en Haïti. Au total, 13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés, dont 5 entretiens familiaux (avec l'enfant et au moins un de ses parents) et 8 entretiens individuels avec les enfants.

Tel que cela est généralement admis en recherche qualitative, l'accent est mis sur les rapports entre l'échantillon et l'objet, plutôt que sur les règles et sur les techniques d'échantillonnage (Pires 1997). Par ailleurs, nous n'avons pas cherché à atteindre une saturation théorique de l'échantillon, mais plutôt à créer une analyse intensive autour du matériel empirique. L'information collectée permet en effet de documenter et d'avoir un premier regard sur la complexité des représentations, des significations et des actions que ces familles ont par rapport à ces maux.

3.3.1 Le recrutement

Cette recherche sur le terrain n'a pas été sans difficulté, le recrutement des répondants ayant représenté un travail relativement long et difficile. Pour arriver à la composition de l'échantillon, il a fallu surmonter certains obstacles et remettre en question quelques idées avec lesquelles cette recherche avait été lancée. Parmi les principaux points reconsidérés, il y a la taille de l'échantillon, les critères de sélection et la façon d'entrer en contact avec les personnes qu'on souhaitait voir participer à la recherche. En accord avec Pires (1997), le propre de la recherche qualitative est d'être souple et de découvrir-construire ses objets au fur et à mesure que la recherche progresse ; par conséquent, l'échantillon peut parfois se modifier en cours de route par rapport au devis de la recherche.

Les stratégies de recrutement ont été les suivantes. D'abord, et en relation avec l'étude « mère »¹⁶, des questionnaires ont été administrés à des jeunes des classes de 4^e, 5^e et 6^e années de quelques écoles montréalaises, afin de cibler la population infantile atteinte de

¹⁶ Fortin *et al.*, FRSQ 2008-2011.

troubles fonctionnels de l'intestin. Néanmoins, la modification des conditions d'accès aux écoles par la Commission Scolaire de Montréal a rendu les tentatives de recrutement très ardues, voire impraticables. Par conséquent, nous nous sommes dirigés vers les conseils d'établissement d'une vingtaine d'écoles qui étaient situées sur des territoires fortement multiculturels de Montréal (Bordeaux-Cartierville, Saint-Laurent, Côte-des-Neiges, Parc-Extension-Villeray). Des lettres d'invitation à participer à cette recherche ont également été distribuées, et des affiches ont été posées dans différents organismes tels que les YMCA, des garderies, des centres communautaires et des clubs sociaux des quartiers concernés. Nous avons aussi ciblé quelques églises évangéliques et pentecôtistes souvent fréquentées par des Haïtiens, et nous avons diffusé des invitations à participer à travers des réseaux d'amies et par courriel. Cependant, et malgré tous ces efforts, les résultats obtenus ont été peu fructueux. Ensuite, nous avons contacté plusieurs organismes communautaires œuvrant auprès des Haïtiens à Montréal et publié des annonces dans des journaux de quartier et de diffusion massive. Enfin, des contacts établis avec deux organismes communautaires haïtiens, grâce au réseau personnel des membres de l'équipe de recherche, a constitué le moyen le plus efficace pour accéder aux familles participantes¹⁷.

3.4 La collecte des données

La collecte des données a été réalisée entre les mois de novembre 2008 et juin 2009. Treize entretiens, dont cinq avec des groupes familiaux et huit individuels avec des enfants, ont été réalisés. Chaque entretien familial a duré entre une heure et une heure et demie, alors que les entretiens individuels avec les enfants ont duré entre vingt-cinq minutes et une heure. Les rencontres avec les familles pouvaient parfois durer jusqu'à quatre heures, comme cela a été le cas pour deux des familles.

Toutes les rencontres ont eu lieu au domicile des familles, lieu retenu par les mères. Les entretiens ont été enregistrés et complétés avec des notes d'observation sur l'ambiance de la rencontre, sur la dynamique familiale qui s'est installée et sur les principales caractéristiques des domiciles. Dans l'ensemble, l'ambiance des rencontres a été détendue ; nous avons toujours essayé de mettre en place – plus ou moins consciemment – « des éléments de mise

¹⁷ Par ailleurs, dans le cadre de l'étude « mère », nous offrons une compensation financière de 40 \$ à chaque famille pour sa participation à un entretien familial et à un entretien individuel avec l'enfant.

en scène », afin que les participants se sentent à l'aise, et que le contexte de la rencontre soit favorable à la confiance.

3.4.1 L'entretien

L'entretien semi-dirigé a été la technique privilégiée, puisqu'elle est appropriée lorsqu'on cherche à appréhender l'expérience des autres de manière approfondie et qu'on veut connaître les sens et les pratiques liés à ces expériences du point de vue des acteurs sociaux eux-mêmes (Mayer *et al.*, 2000 ; Poupart 1997). Les thèmes situés au centre de l'étude ont été l'apparition et l'évolution des maux de ventre chez les enfants, la perception et l'expression des symptômes qui y sont associés, les explications et les sens attribués à ces symptômes, les réactions et les façons de gérer ces désordres, la place et l'impact que ces maux ont sur la vie familiale et sur la vie des enfants, leurs rapports aux services médicaux, le parcours migratoire, l'histoire de la famille et l'état de santé des autres membres (voir annexe B).

Tous ces sujets ont été abordés, même si l'ordre a varié en fonction de la dynamique qui s'est installée pendant chaque rencontre. En effet, l'entretien semi-dirigé a permis que les interviewés aient plus de liberté pour s'exprimer sur les thèmes de la recherche, selon leur propre rythme, leurs catégories de pensée et leur manière de s'exprimer. En effet, on a suivi les récits des interviewés en essayant d'identifier, de cerner et d'approfondir les aspects qui semblaient être les plus importants pour eux. Cette sensibilité serait autant une caractéristique propre au chercheur qu'une habileté qu'il développe au fur et à mesure qu'il travaille avec les données et les personnes (Corbin et Strauss 2008 : 32).

3.5 Considérations éthiques

Cette étude a été menée dans un souci de confidentialité par rapport aux personnes interviewées. Les noms des participants tels qu'ils apparaissent dans ce mémoire ont été changés, de même que toute information pouvant servir à les identifier. De plus, les familles ont été approchées de manière à ce qu'elles ne ressentent pas de pression quant à la nécessité de participer, ni qu'elles se sentent obligées de répondre aux questions avec lesquelles elles ne se sentaient pas à l'aise. Nous avons aussi toujours essayé d'être la plus claire possible en ce qui a trait aux conditions dans lesquelles nous avons établi que les entretiens devaient se dérouler, c'est-à-dire la durée, l'enregistrement et la confidentialité des entretiens, la

compensation financière pour la participation (40 \$) et le fait que cette étude ne comporte aucune intervention médicale. Par ailleurs, le protocole intégral de cette recherche, le formulaire d'information, la lettre de consentement et les guides d'entretiens ont été évalués et approuvés par les Comités d'éthique de la recherche du CHU Sainte Justine et de l'Institut national de la recherche scientifique (INRS), les 10 juillet et 11 septembre 2008 respectivement (Fortin *et al.*, FRSQ 2008-2011)¹⁸ (voir annexe C).

3.6 Des relations entre le sujet qui étudie et le sujet étudié

Les relations entre les chercheurs et les sujets étudiés sont parties constitutives du monde social et de la recherche qualitative (Denzin et Lincoln). Dans le cadre de cette étude, au fur et à mesure que les rencontres avec les familles avançaient, nous avons toujours eu la sensation que les personnes, notamment les mères, se sentaient de plus en plus à l'aise. Le fait de partager quelques réalités semblables sur le plan de la situation sociale a probablement favorisé l'installation d'une ambiance de rencontre plus détendue et la fluidité de la communication. L'homologie entre les mères interviewées et nous, en tant qu'intervieweuse, s'est basée notamment sur le fait de ne pas être née ici, dans la société locale. On pourrait penser que d'autres caractéristiques partagées ont pu aussi renforcer la proximité entre elles et nous, comme le fait d'avoir vécu l'expérience de la migration, d'être des femmes, de provenir d'un pays colonisé dans le cadre de rapports de pouvoir durant la période des colonisations, de venir d'un pays dit du Tiers-Monde et de l'Amérique Latine spécifiquement, dans le cadre de rapports géopolitiques dominants à présent, et enfin, de parler une langue maternelle autre que le français. Cependant, le sentiment de venir d'ailleurs a probablement constitué le principal point de proximité, en nous situant comme semblables.

Le récit étant dialogique, il met toujours en jeu des dynamiques de transfert et d'identification (Pandolfi 1993 : 72). La perception de soi, tout comme la saisie de l'autre, sont orientées par tout un jeu d'images et de leurres, où soi-même et l'autre risquent de demeurer pris dans les traits ou les projets que chacun projette sur l'autre ou qu'il imagine ou découvre dans le regard de l'autre sur lui (Corin 1998 : 200). Durant la rencontre avec la famille Pétrus, par exemple, la mère a fait plusieurs fois référence à son pays d'origine,

¹⁸ La responsable de l'étude, Sylvie Fortin, était alors professeure à l'INRS.

Haïti, en le comparant avec notre pays d'origine, la Colombie ; elle a souligné des ressemblances étroites qui, à son avis, existaient entre son expérience migratoire et la nôtre, comme le fait d'avoir voyagé seules, le manque de la famille, la rigueur de l'hiver et autres difficultés liées à la migration.

Cette dynamique d'homologie qui s'est établie entre la plupart des mères et nous constitue un sujet qui mériterait lui-même une étude plus approfondie. Toutefois, en ce qui concerne la méthodologie de cette étude, il faut dire qu'elle a aidé à créer une ambiance de rencontre favorable à la communication et à l'ouverture des personnes interviewées. Cette dynamique a été un outil efficace et précieux, étant donné les difficultés vécues durant le recrutement des participants. Par ailleurs, ces relations établies entre les interviewés et la chercheuse ont amené à nuancer des généralisations existantes sur les sujets haïtiens qui les situaient comme des altérités méfiantes. Toutefois, il y a aussi des avantages à combiner des statuts présentant à la fois des ressemblances et des différences avec les personnes étudiées (Poupart : 1997). Dans le cadre de cette recherche, on peut nommer des différences sociales comme la formation scolaire, la couleur de la peau, le capital social, la classe socioéconomique et les matrices culturelles de représentation du monde. Enfin, nous avons essayé de profiter de cet ensemble de ressemblances et de différences pour établir une distance et une proximité convenables à la collecte et à l'analyse des données.

3.7 Organisation et analyse des données

Une fois les entretiens retranscrits intégralement, ils ont été codifiés suivant une grille d'analyse inspirée du modèle du « système de signes, sens et actions » (Bibeau et Corin 1995). Avec ce modèle d'analyse, il s'agit de faire émerger la structure du signifié latent dans la façon dont les sujets décrivent, interprètent et réagissent face à la maladie (Bélanger : 2002). Nous avons voulu cerner la manière dont les personnes perçoivent et interprètent les maux de ventre de leurs enfants, l'importance que ceux-ci ont dans leurs vies, les explications et les solutions qui sont acceptables et mobilisées dans leurs milieux (Bibeau 1990).

Les variables à partir desquelles nous avons organisé l'information ont été contextuelles et sociodémographiques, comme le parcours social et migratoire des familles ; sémiologiques : la perception et la façon d'exprimer les symptômes ; interprétatives : les modèles

d'explication, la place que ces douleurs prennent dans leur vie, les significations et les sens attribués ; pragmatiques : les réactions, les ressources et les actions de soulagement utilisées dans leur quête de soulagement des maux de ventre.

3.8 Limitations méthodologiques

D'abord, le temps consacré à la collecte des données a été relativement restreint. Ainsi, on a dû profiter du temps de chaque rencontre (une heure et demie à peu près) pour accéder au maximum d'informations possible. Malheureusement, aucune observation effectuée en dehors du temps de la rencontre avec les familles n'a permis de corroborer ce que les personnes ont mis en récit et ce qu'elles font au quotidien. Il n'en demeure pas moins que ce mémoire avait comme objectif d'explorer la complexité des représentations et des actions des enfants et de leur famille par rapport à un problème de santé spécifique. Ainsi, malgré ces limites, la prise en compte du point de vue des familles dans ce contexte demeure une contribution inédite à la documentation existante.

L'ampleur de l'échantillon (cinq unités familiales) a constitué aussi un obstacle ou plutôt un défi. Néanmoins, cette faiblesse a été compensée, jusqu'à un certain point, par le fait que dans quelques familles, plus d'un enfant avait des maux de ventre et a pu être interviewé de manière individuelle. De plus, l'apport de données comparatives recueillies dans le cadre de l'étude principale complète nos analyses. Ces entretiens ont servi de toile de fond pour penser les caractéristiques des familles haïtiennes, que ce soit en examinant les ressemblances ou les différences. Enfin, nous devons aussi admettre qu'étant donné que notre langue maternelle est autre que la langue française, nous avons eu quelques limitations au niveau de la communication avec les familles participantes.

Partie 2 PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

« L’histoire peut, en surface, ne pas être comme “la vie réelle”, mais elle nous présente une image de ce à quoi la réalité ressemble, peut-être, plus profondément. » (C. S. Lewis, 1982)

Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous présentons les caractéristiques générales des familles rencontrées, leurs parcours sociaux, leurs expériences migratoires, les événements significatifs et marquants de leur trajectoire migratoire, leurs compositions familiales et les conditions générales de vie qui sont les leurs sur une base quotidienne. De même, nous comparons ces résultats aux statistiques officielles concernant cette population immigrante.

3.9 Caractéristiques générales des participants

Dans le cadre de cette étude, cinq unités familiales haïtiennes ont été rencontrées entre les mois de novembre 2008 et juin 2009¹⁹.

Famille	Participants à l’entretien familial	Entretien avec l’enfant atteint de maux de ventre
Cadet	La mère, une fille, un fils	Monique (dix ans)
Chauvet	La mère, un fils	Louis (douze ans)
Rony	La mère, deux filles	Catherine (douze ans) Victoire (neuf ans)
Moïse	La mère, une fille	Lucie (treize ans)
Pétrus	La mère, un fils, deux filles	Augustin (douze ans) Christine (douze ans) Caméla (onze ans)

¹⁹ Treize entretiens, dont cinq entretiens familiaux et huit entretiens individuels avec les enfants ont été effectués.

3.9.1 La famille Cadet

Structure familiale et conditions de vie : Cette famille comprend la mère, son mari, une amie du mari et trois enfants (un garçon de dix-sept ans, un autre de neuf ans et Monique, la fille atteinte de maux de ventre, qui a dix ans). La dame travaille comme préposée dans un hôpital depuis un an et demi. Son mari, et père de Monique, est pasteur dans une église de Montréal. Ils habitent avec une autre femme, qui est une amie de longue date du mari, au nord de Montréal depuis 2005. Avant, ils vivaient à Montréal, mais ils ont décidé de déménager pour avoir leur maison à eux ainsi qu'à cause de quelques problèmes avec leurs voisins. En général, la mère dit avoir une bonne relation avec Monique, sauf quand elle lui demande de faire quelque chose et qu'elle ne le fait pas. Elle est sollicitée à la maison pour faire de petites tâches ménagères, qu'elle fait plus ou moins. La mère doit alors être plus autoritaire avec elle. Selon la mère, Monique s'entend bien avec son père, et les enfants s'accordent généralement bien entre eux à la maison. La mère ne demande pas à ses enfants de faire des travaux à la maison lorsqu'ils sont malades.

Trajectoire migratoire : La mère est arrivée à Montréal en 1985; elle avait alors vingt-deux ans. Son mari est venu la rejoindre par la suite. Ils s'étaient déjà mariés en Haïti, où ils se sont rencontrés. Les deux membres du couple voulaient immigrer à Montréal ; la mère dit avoir quitté son pays d'origine parce qu'elle voulait avoir une *vie meilleure*. À l'époque, elle connaissait quelques personnes à Montréal. Elle n'est pas retournée en Haïti depuis environ dix ans. La mère y était retournée seule cette fois-là, et sa fille était restée avec sa tante à Montréal. Cependant, elle aimerait aller en Haïti avec ses enfants, afin qu'ils connaissent leur famille élargie. L'insécurité en Haïti rend ce rêve difficile : « Je n'ai pas pris de chance, non ! » Monique, lorsqu'elle a été questionnée sur son désir d'aller visiter le pays d'où vient sa mère, a parlé de craintes semblables à celles ressenties par sa mère, même si elle n'y est jamais retournée : « J'ai peur de là-bas ! » Le manque d'argent constituerait aussi un obstacle au voyage de la famille.

Liens de sociabilité : À l'heure actuelle, ils n'ont pas de famille élargie dans la localité où ils habitent. En revanche, le père a deux sœurs aux États-Unis, avec qui la famille communique souvent par téléphone. La mère a deux sœurs en Haïti, et les contacts téléphoniques sont limités avec elles. Depuis qu'elle est à Montréal, elle n'a pas eu de visite de ses proches : « Malheureusement, on avait envoyé une lettre d'invitation pour voir si elles (ses sœurs)

pourraient venir passer des vacances, mais ce n'est pas facile avec l'immigration de traverser. » Les personnes les plus proches de la famille à Montréal sont des gens de l'église fréquentée assidûment par la famille, où le mari est pasteur. Les enfants participent aux activités scolaires et également aux activités de l'Église.

Santé familiale : La mère a vécu ses grossesses dans l'inquiétude, tout comme son mari, dira-t-elle, et elle a fait plusieurs fausses couches : « D'habitude, moi, quand je suis enceinte, je perds toujours mes enfants, toujours des difficultés pour porter mes enfants. » En ce qui a trait à la grossesse ayant mené à la naissance de Monique, c'était une grossesse à risque, ayant nécessité *un cerclage*, afin de soutenir les muscles de son utérus : « Depuis le jour où elle est venue au monde dans mon ventre, ça s'est bien passé, sauf qu'on m'a toujours fait des saignements... il a fallu qu'on me fasse un cerclage... pour la garder en vie. » La mère décrit Monique comme une enfant qui ne se plaint jamais de maux de ventre. Néanmoins, elle souffre de fréquents maux de tête et elle a des saignements de nez que lui font manquer souvent l'école. D'après la mère, Monique a de la difficulté en mathématiques et en français. Ce que la mère souhaite pour sa fille c'est « une vie heureuse, de bien grandir, d'apprendre à l'école, d'avoir un bon métier ». Monique affirme aimer participer aux activités de l'Église.

3.9.2. La famille Chauvet

Structure familiale et conditions de vie : Cette famille est monoparentale, elle est composée de la mère, de ses trois fils et de la grand-mère (maternelle). La mère n'a jamais vécu avec le père de ses fils ; néanmoins, les enfants voient leur père presque chaque fin de semaine. La mère semble exercer une forte autorité sur ses fils et elle exige un comportement tranquille : « Je ne veux pas des enfants qui bougent, bougent, bougent²⁰ ! » Les relations entre Louis et sa mère semblent être plutôt tendues depuis longtemps : « Je n'aimais pas ma mère... quand j'étais petit. » Il voit son père presque chaque fin de semaine ; il dit qu'il lui manque : « J'aimais mon père... j'aimais quand mon père faisait des grimaces. » Après avoir vécu à Montréal, la famille Chauvet habite présentement au nord de Montréal.

Trajectoire migratoire : La mère est arrivée à Montréal en 1998. Elle y est venue avec ses parents. Le fait que son propre père occupait alors un poste administratif important a favorisé sa migration et celle de sa mère ainsi que l'obtention de leur résidence permanente. Présentement, tous les membres de la famille ont la citoyenneté canadienne. La mère a décidé de migrer au Canada à cause de l'insécurité en Haïti : « Tout le monde est obligé de laisser le pays. » La mère n'est pas allée en Haïti depuis l'immigration. Elle communique par téléphone avec ses sœurs et ses frères qui sont restés là-bas. Les enfants ne connaissent pas ce pays, et leur mère aimerait s'y rendre avec eux dans un avenir rapproché.

Liens de sociabilité : Les principaux liens sociaux de la famille à Montréal sont les personnes rencontrées dans une église chrétienne baptiste. Cette église et la famille nucléaire occupent une place très importante dans la vie de la femme : « Les plus proches de la famille, c'est ma mère, puis mes enfants... je n'ai pas d'amis vraiment... les vrais amis vraiment, c'est Dieu... on a des amis juste à l'église. » Louis, le garçon atteint de maux de ventre, n'est pas très communicatif et il semble ne pas avoir de liens sociaux forts à l'extérieur de la famille.

Santé familiale : La mère assure que ses enfants sont en général en bonne santé : « Je ne suis jamais allée à l'hôpital avec eux. » D'après elle, Louis ne se plaint jamais de maux de ventre : « Il ne m'a jamais parlé qu'il avait mal au ventre... il ne m'a jamais dit ça²¹. » En revanche, le garçon dit qu'il a ressenti des maux de ventre plusieurs fois, mais qu'il n'en a pas parlé à personne, sans savoir pourquoi.

3.9.3 La famille Roney

Structure familiale et conditions de vie : Cette famille comprend la mère, ses quatre filles (de quinze, douze, neuf et un ans) et son fils (d'environ cinq ans). Le mari demeure toujours en Haïti. Ils habitent dans un quartier multiethnique de Montréal, dans un petit appartement (un quatre et demi). La mère a eu de la difficulté à trouver un lieu d'habitation, car les

²⁰ Pendant cette rencontre, la mère a été présente presque tout le temps, laissant Louis, son fils atteint de maux de ventre, seul avec moi durant de brefs moments. Quand Louis parlait seul avec moi, j'avais l'impression qu'il se sentait plus à l'aise et qu'il s'exprimait plus ouvertement.

²¹ Elle dit avoir appris cette nouvelle à partir du questionnaire qu'on a fait remplir aux enfants à l'école où Louis étudie. En effet, le processus de recrutement des enfants dans les écoles a permis de révéler le problème des maux de ventre dont quelques enfants souffrent.

propriétaires ne voulaient pas louer leurs appartements à des familles ayant plusieurs enfants. C'est par l'entremise d'une amie qu'elle a pu retenir le logement actuel. La femme dit vivre dans des conditions économiques précaires et elle se plaint du refus du gouvernement de payer la garderie de son bébé. À l'heure actuelle, elle bénéficie de la sécurité du revenu et elle ne travaille pas.

Trajectoire migratoire : Cette famille est arrivée au Canada en novembre 2008 (cinq mois avant la date de notre rencontre). La mère attend encore la réponse des autorités canadiennes en ce qui concerne son statut de demandeur d'asile. D'après elle, la famille vivait des conditions d'insécurité difficiles à Port-au-Prince : « Je tremblais souvent, je me suis stressée, je ne pouvais pas dormir... les enfants, ils avaient aussi peur. » Cela l'a amenée à demander l'asile politique au Canada pour sa famille. Son mari et père de ses enfants n'a pas immigré avec eux, car : « Il n'a pas le même tempérament que moi... il est beaucoup plus fort. » Cependant, la femme a aussi fait la demande d'asile pour son mari. Le couple s'est rencontré et s'est marié en Haïti, et ils ont vécu ensemble avec leurs 6 enfants. Quand ils vivaient à Port-au-Prince, le père travaillait comme professeur d'école, et la mère s'occupait de la maison et des enfants. La famille nucléaire avait des relations étroites, surtout avec la famille maternelle étendue. En outre, un de leurs fils est mort quelques jours après sa naissance : « À cause de la négligence des médecins. » Cet événement est inoubliable pour la famille, et il a été très dur à surmonter pour la mère.

Liens de sociabilité : Les filles fréquentent l'école et un programme d'accueil. Leur seule activité extrascolaire est la chorale de l'église évangélique, fréquentée chaque dimanche par la famille. Les personnes les plus proches de la famille ont été rencontrées là-bas, et d'autres connaissances ont été rencontrées dans un centre communautaire pour immigrants.

Santé familiale : Les filles atteintes de maux de ventre ont douze et neuf ans respectivement. Elles n'ont pas « l'air » d'être malades. Catherine, l'aînée, semble active, dynamique et gaie. Victoire, la cadette, semble un peu plus sombre et tendue physiquement, elle a été un peu distraite pendant notre rencontre. D'après la mère, son petit fils de cinq ans souffre aussi de maux de ventre et il est traumatisé à cause des événements vécus à Port-au-Prince. Néanmoins, autant la mère que ses filles disent se sentir à l'aise à Montréal et notent une amélioration de leur état de santé en général, comparé à leur vie en Haïti.

3.9.4 La famille Moïse

Structure familiale et conditions de vie : La famille est monoparentale, composée de la mère, de son fils de vingt et un ans et de Lucie, sa fille de treize ans, qui est atteinte de maux de ventre. Les parents de Lucie n'ont jamais cohabité, la mère de cette fille ayant épousé un autre homme, père du fils aîné. La famille habite dans un appartement à Montréal, dans un quartier multiethnique, après avoir vécu une dizaine d'années dans un autre quartier. La mère et sa fille disent se sentir à l'aise dans les deux quartiers et avoir de bonnes relations avec le propriétaire et les voisins actuels. À présent, la femme s'appuie notamment sur la sécurité du revenu, mais selon ses dires, « la subvention ne m'aide pas beaucoup ».

Trajectoire migratoire : La mère est arrivée à Montréal avec son mari et son garçon en 1989 (les trois sont nés en Haïti). Elle y a suivi son mari, qui a avait choisi d'immigrer pour des raisons économiques et de sécurité. Quelque temps après leur arrivée au Canada, cette femme a été abandonnée par son mari. Cette situation et le fait de se retrouver seule pendant les premières années à Montréal semblent avoir été très difficiles à vivre. Elle dit avoir connu des difficultés financières pendant l'enfance de son fils et de sa fille, « parce que je n'ai pas travaillé, j'ai passé beaucoup de difficultés à donner de la nourriture ».

Liens de sociabilité : Lucie dit que l'absence de son père ne l'a pas beaucoup affectée et qu'elle ne se souvient presque pas de lui. En revanche, elle a évoqué la mort d'un ami très proche de la famille comme un moment très triste et difficile à surmonter : « Je le considérais comme un père, parce qu'il était toujours là avec nous. » Autant elle que sa mère considèrent quelques personnes de l'église chrétienne qu'elles fréquentent, comme les personnes les plus proches de leur famille à Montréal. De plus, Lucie semble avoir des liens sociaux plutôt solides avec ses amis de l'école. Ces femmes n'ont pas de proches parents au Canada, mais elles gardent un contact téléphonique permanent avec leurs parents qui habitent en Haïti, aux États-Unis et en Guadeloupe.

Santé familiale : Lucie n'a pas l'air malade, elle semble forte, aimable et expressive. Sa mère se rappelle la grossesse de sa fille comme d'un moment très difficile, parce qu'elle était malade et qu'elle vivait seule : « *Le père de ma fille m'a laissée... j'ai passé de terribles moments.* » De plus, elle s'est sentie toujours malade depuis qu'elle est arrivée à Montréal, elle dit avoir mal à tout son corps, sans trop savoir pourquoi.

3.9.5 La famille Pétrus

Structure familiale et ses conditions de vie : Cette famille est composée de la mère, de son mari, de jumeaux de 12 ans (Augustin et Christine) et de Caméla, la cadette de 11 ans. Le père a aussi six enfants en dehors de la famille, que les enfants disent voir de temps en temps et avec lesquels ils ont de bonnes relations. La famille habite dans un quartier situé à l'est de Montréal. L'appartement où ils vivent est un cinq et demi, loué, modeste, ayant de bonnes conditions physiques. À l'heure actuelle, la famille mène une vie relativement tranquille, sans trop de problèmes, avec des relations plutôt harmonieuses avec les personnes du voisinage. La femme ne travaille pas. Son mari est la seule personne qui travaille ; il conduit un taxi.

Trajectoire migratoire : La mère est née à Port-au-Prince (Haïti), au sein d'une famille à laquelle elle était très attachée. Elle a pris la décision d'émigrer seule au Canada : « Pour travailler, pour étudier, pour aider les parents, et puis pour faire ma vie aussi. » Elle est arrivée à Montréal en 1991, et elle a passé quelques mois chez des amis de ses parents. Ceux-ci l'ont aidée à faire les démarches nécessaires pour obtenir le statut de résidente. Ensuite, elle a rencontré un homme avec lequel elle s'est mariée et qui est son mari présentement. Depuis 1995, toute la famille a la citoyenneté canadienne.

Liens de sociabilité : Laisser ses parents en Haïti et être éloignée de ses frères et sœurs qui habitent à Miami (États-Unis) et à Paris (France) constitue toujours une expérience difficile pour cette femme. Quoiqu'elle se sente satisfaite de ses conditions de vie à Montréal, elle explique que ses premières années ici ont été difficiles, parce qu'elle a dû faire face toute seule aux grossesses et aux soins de ses enfants. Le soutien, l'aide et l'accompagnement procurés par quelques personnes de l'église et une infirmière haïtienne rencontrée au CLSC-Villeray ont été importants et précieux pour cette mère dans ses premières années à Montréal. La famille Pétrus pratique la religion baptiste évangélique, une grosse bible étant ouverte dans la salle au moment de notre rencontre.

Les trois enfants disent avoir des difficultés scolaires, autant au niveau des exigences académiques qu'à celui des relations avec leurs pairs et leurs professeurs. L'école primaire a été surtout difficile pour les jumeaux. À ce sujet, Christine se souvient que : « Quand j'étais au primaire, il y avait des personnes qui ne nous aimaient pas... ils nous rejetaient, ils ne

jouaient pas avec nous... ils nous traitaient des microbes. » À présent, les choses vont mieux pour les enfants à l'école, sauf pour Augustin. Il dit ne pas avoir de bonnes relations avec un professeur, et avoir une charge académique trop lourde pour passer à l'école secondaire.

Santé de familiale : L'annonce d'une grossesse jumellaire a été difficile pour la mère : « J'ai commencé à pleurer parce que je suis seule dans le pays, je n'ai pas de personne pour m'aider. » En ce qui a trait à la grossesse de Caméla, la mère a eu également des difficultés parce qu'elle et ses jumeaux étaient malades. Augustin et Christine sont nés en 1995, et Caméla, en 1996. Les trois enfants ont tendance à avoir la gastroentérite depuis qu'ils sont petits, et Caméla donne en effet l'impression d'être un peu malade.

3.10 Familles : points communs et divergences

Le portrait présenté des cinq familles haïtiennes à Montréal montre que chacune est un cas unique qui revêt des caractéristiques particulières en ce qui a trait aux différentes variables sociales (comme sa structure familiale, ses conditions de vie, son histoire et son parcours migratoire, la santé de ses membres et les principaux liens de sociabilité et solidarité). Toutefois, il y a aussi quelques tendances qui se dessinent au sein de ce groupe.

Structures familiales et conditions de vie : Nous avons rencontré deux familles monoparentales, deux familles biparentales, dont une recomposée, et une famille dont le mari demeure toujours en Haïti. Cette diversité de structures familiales correspond aux données officielles sur la population haïtienne à Montréal, dans la mesure où il n'y a pas de structure familiale haïtienne unique. Ces différents types de familles représentent, dans une bonne mesure, des formes d'adaptation aux conditions de vie prémigratoires et postmigratoires. Au-delà de la diversité de structure de la maisonnée, les familles rencontrées partagent un trait principal : les mères jouent un rôle important au sein de leurs familles nucléaires, étant les chefs de la maison. De plus, la famille nucléaire est considérée comme très importante par l'ensemble des participants et elle agit comme un lieu privilégié d'investissement affectif, de soutien, d'appartenance et de socialisation de ses membres.

En ce qui concerne les conditions économiques et de vie, ces mères ont tendance à se percevoir dans des conditions plutôt précaires. Elles ont souffert de la précarité économique surtout pendant leurs grossesses, leurs accouchements, leurs premières années de vie au Canada et l'éducation de leurs enfants. Pour la plupart de ces femmes, autant les difficultés

économiques que le fait de se trouver seules, sans proches et sans la solidarité d'autres personnes pour prendre soin de leurs enfants, ont constitué des épreuves particulièrement difficiles. Et si les familles Pétrus et Chauvet disent se trouver présentement dans de bonnes conditions économiques et de vie, les mères des familles Roney, Moïse et Cadet disent connaître des conditions économiques et de vie toujours précaires et difficiles. La perception que les mères participantes ont de leurs conditions économiques confirme les indicateurs statistiques, dans la mesure où la proportion d'Haïtiens vivant sous le seuil de la pauvreté se trouve parmi les plus élevées au Canada en 2001 (Statistiques Canada 2001), et avec un taux de chômage deux fois plus élevé (15,9%) que celui de l'ensemble des Québécois (8,2 %) (Gouvernement du Québec 2005 : 7). De plus, les femmes haïtiennes sont moins actives sur le marché du travail comparativement aux hommes de la même origine.

En ce qui concerne la région géographique et le quartier d'habitation, les familles participantes ont les mêmes tendances que la plupart des membres de la population haïtienne locale. Ainsi, trois familles habitent à Montréal, dans les quartiers Villeray, Saint-Michel, Parc-Extension, et deux familles habitent à Laval.

Trajectoires migratoires : Au chapitre des motifs d'immigration, toutes les mères disent avoir immigré en raison des conditions économiques difficiles et de l'insécurité en Haïti. Le désir de fuir ces conditions et de rechercher une vie meilleure ailleurs a amené toutes les familles à entreprendre leur migration au Canada. Les expériences de ces familles confirment l'information statistique, dans la mesure où environ 47 % des immigrants haïtiens ont rapporté avoir été témoins de faits violents dans leur pays d'origine, environ les deux tiers des migrants haïtiens (66 %) ont déclaré avoir quitté leur pays pour des raisons politiques, et plus de la moitié (environ 57 %) d'entre eux ont rapporté avoir immigré en raison de leur situation économique. Néanmoins, la migration de ces femmes, quoique désirée, est aussi vécue avec peine et frustration, surtout par rapport à la distance avec les proches. Les mères qui ont présentement la citoyenneté canadienne et qui ont immigré avec le statut de résidente ont une perception plus positive de leurs conditions de vie.

Liens de sociabilité : Un autre thème qui occupe une place importante dans les dynamiques de ces familles est celui des liens de sociabilité avec les proches qui habitent ailleurs et/ou avec des personnes rencontrées à Montréal. La séparation physique de leurs familles élargies est exprimée avec un air de nostalgie ; et malgré le fait d'entretenir des contacts permanents

avec elles, cette séparation est ressentie comme une coupure et comme un manque. Par ailleurs, certaines familles rapportent les décès de quelques proches comme constituant un événement pénible, qui a été rendu encore plus touchant par le fait de ne pouvoir accompagner leurs familles à l'enterrement, à cause des obstacles économiques pour voyager en Haïti (familles Cadet et Moïse). Tel que Bibeau (2004 : 131) l'a signalé, la migration instaure une rupture dans la périodisation de la vie, les premiers ancrages des migrants se maintenant par-delà le déracinement. À la base de tels ancrages se trouvent notamment les liens de sang avec les familles élargies.

Par ailleurs, toutes les mères disent avoir vécu des difficultés durant leurs grossesses et la mise au monde de leurs enfants ; et quelques mères ont été confrontées à la mort de certains d'entre eux. D'après Moro (2008), des sentiments d'isolement, de solitude et d'étrangeté, qui font partie de tout vécu migratoire, sont ravivés durant la grossesse, dans la mesure où la migration entraîne une rupture dans le système d'interactions complexes entre la mère et son enfant. Celle-ci se retrouve seule, sans famille élargie et sans contexte culturel qui la soutienne. Mettre un enfant au monde dans un environnement culturellement différent du sien, loin de son groupe d'appartenance, privé de l'accompagnement que procurent traditionnellement les femmes de l'entourage, mobilise toutes les forces d'adaptation des femmes. Pour d'autres femmes, plus fragiles ou fragilisées, tout cela peut constituer un facteur d'angoisse conduisant au repli sur soi, à l'anxiété et à la dépression (Moro *et al.*, 2008 : 142).

En ce qui a trait aux expériences de discrimination vécues à Montréal, les enfants ont dit s'être sentis rejetés et insultés par d'autres enfants à l'école primaire. Les mères de certaines familles disent avoir éprouvé des difficultés avec les propriétaires et les voisins de leurs lieux d'habitation. Toutes les familles affirment entretenir de bonnes relations et des contacts permanents et étroits avec des personnes qui fréquentent la même église qu'elles. Il semble qu'au sein de ces églises, ces familles trouvent et recréent des liens sociaux, de soutien et de socialisation efficaces et précieux. Dans le même sens que les observations faites par Mossière (2006), les familles participantes de cette recherche ont confirmé le fait que certaines églises protestantes et catholiques deviennent le principal lieu de socialisation qui se substitue à la communauté laissée dans le pays d'origine. On y met à la disposition des immigrants haïtiens à Montréal des ressources comme des activités récréatives, des

services informationnels et matériels, et des conseils en matière psychologique. Ces ressources facilitent leur installation et leur intégration à la société d'établissement. De même, ces pratiques religieuses occupent une place importante dans la vie quotidienne de plusieurs Haïtiens à Montréal, elles leur permettent de tisser des liens et des réseaux sociaux effectifs et affectifs, de négocier leurs rôles, et elles leur fournissent une communauté d'appartenance (Mossière 2006).

De plus, la plupart des mères considèrent que certaines personnes travaillant dans des organismes communautaires qu'elles fréquentent sont parmi les relations les plus proches avec lesquelles elles sont en contact à Montréal²². D'après Massé (1995), la présence active de ces organismes et associations constitue un soutien vital pour faciliter l'adaptation des immigrants haïtiens à la société locale, dans la mesure où ils représentent la véritable première société d'accueil pour plusieurs des arrivants d'Haïti (Massé 1995 : 449).

Santé des familles : La majorité des familles ont des proches qui ont éprouvé des douleurs dans la région ventrale, surtout des femmes du lignage maternel. De même, quelques familles rapportent que d'autres membres de la fratrie souffrent de maux de ventre. Ces familles représentent une catégorie de maladie (les maux de ventre) qui n'est pas présente dans les statistiques épidémiologiques.

Conclusion

Les sociétés humaines inscrivent les enfants, les filles et les garçons, dans une histoire familiale, sociale, culturelle, dans leurs drames, leurs mythes, leurs sens et leurs organisations des cycles de la vie (Bibeau 2004 : 129). Ainsi, une compréhension des enfants doit passer nécessairement par une connaissance de leurs univers sociaux et de leurs rapports avec leur entourage, dans la mesure où ils se trouvent immergés dans ces milieux sociaux et ces trames de relations. La compréhension des enfants qui ont participé à cette recherche ainsi que la connaissance des façons de doter de signification les maux de ventre et d'y réagir doivent passer par l'appréhension et par l'approche des expériences vécues par ces groupes familiaux.

²² En effet, la plupart des familles qui ont participé à cette recherche ont été rencontrées grâce au contact d'une infirmière du CHU Ste-Justine.

Les histoires racontées par ces familles ont souvent pris la forme de récits de souffrance. Ces récits, fragmentés et hétérogènes, sont teintés d'une migration désirée et obligée par l'éloignement de leurs proches et la création de nouveaux liens sociaux, par des expériences passées de violence et de pauvreté ainsi que par des conditions de vie précaires. On se trouve dans des récits de souffrance où la santé des proches et des enfants partage la place avec d'autres préoccupations aussi inquiétantes pour les familles. Ce sont des récits où les maux de ventre de ces enfants font partie d'une souffrance sociale plus ample, qui prend ses racines dans les conditions politiques, économiques et sociales auxquelles ces familles appartiennent (Kleinman *et al.*, 1997). C'est une souffrance sociale qui désigne une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être individuel par son être en société ; voilà le produit d'une violence qui empêche de vivre ses droits civils, politiques et sociaux, et de se réaliser socialement (Rossi 2007 : 18).

CHAPITRE IV

LES SYMPTÔMES ET LES SIGNES LIÉS AUX MAUX DE VENTRE

Les sensations physiques, les sentiments, les états émotionnels et les malaises qui accompagnent les maux de ventre ont occupé une place importante dans les récits des enfants participant à cette recherche. Les questions posées les amenaient à se concentrer sur ce sujet, néanmoins les sensations associées aux maux de ventre ont constitué un sujet sur lequel les enfants sont revenus plusieurs fois. Ils ont parlé plus que leurs mères de leurs sensations et de leurs sentiments, considérant qu'il s'agit de maux et de douleurs vécus dans l'individualité de chacun. Nous avons également donné la parole à leurs mères, puisqu'elles ont une autre perception de l'état de leurs enfants et parce que les entretiens familiaux permettent d'observer l'élaboration intersubjective et sociale des maux de ventre chez eux. Ce dernier point est l'un des objectifs principaux de cette recherche. Dans ce chapitre, nous présentons les principaux points relevés par les enfants et par leurs mères sur les maux de ventre, autrement dit leurs *idiomes de souffrance*²³.

4.1. Les façons de nommer, de décrire et de mesurer les maux de ventre

L'expression *maux de ventre* a été utilisée dans les rencontres comme un concept ouvert, de sorte à amener les participants à discuter de la place que les problèmes liés au ventre chez les enfants occupent dans leurs vies individuelles et familiales. Toutefois, nous sommes toujours demeurée soucieuse de laisser les personnes se servir d'autres termes et d'une terminologie qui leur était propre.

La plupart des enfants et de leurs mères ont utilisé indistinctement les termes *avoir des maux de ventre* et *des crampes* (familles Cadet et Roney). D'une façon moins fréquente, mais aussi aléatoire, ils ont parlé de *douleurs d'estomac* (les enfants de la famille Pétrus) et de *douleurs menstruelles* (Christine, l'aînée de la famille Pétrus, et Lucie, la fille de la famille Moïse). En général, les enfants utilisent des termes communs comme des *maux de ventre*,

²³ Les idiomes de souffrance sont la façon dont les gens parlent de leur maladie et formulent leurs plaintes (Kleinman 1995).

des crampes et des douleurs d'estomac pour faire référence à leurs maux. De plus, ils ne font pas de distinctions remarquables entre les entités nosologiques auxquelles ces termes font référence. Le peu de distinction qui a été rapporté par eux concerne l'intensité de la douleur (les crampes ayant une tendance à être des maux plus forts), le type de douleur (les douleurs menstruelles seraient distinctes des maux de ventre) et l'endroit où ces maux sont ressentis. En outre, personne n'a utilisé des termes empruntés à la terminologie médicale pour nommer ces douleurs (comme des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, par exemple) ; cela peut être dû au fait de ne pas avoir reçu de diagnostic médical dans aucun des cas (on reviendra sur ce sujet dans le chapitre concernant les sens)²⁴.

4.1.1 L'endroit

L'endroit du corps où les enfants sentent leurs maux de ventre a été une caractéristique retenue et exprimée par les enfants au moment de parler de ces douleurs. Les enfants des familles Chauvet, Cadet et la cadette de la famille Pétrus ont indiqué la région ventrale comme l'endroit où ils éprouvent ces maux. L'aînée de la famille Roney a affirmé que parfois elle ressent des maux de ventre dans tout son ventre et parfois dans une *partie de son ventre*. Sa sœur aînée a expliqué ressentir ses maux de ventre autour du nombril, plus particulièrement au-dessous de celui-ci ; et Lucie, la fille de la famille Moïse, a signalé les sentir à la taille : « À la taille, ça me fait mal. » Augustin, le garçon de la famille Pétrus, a dit qu'il sent les maux de ventre dans son ventre, et des fois dans d'autres endroits du corps : « Environ les abdos, des fois ici, à côté. »

Quelques enfants ont signalé un endroit plus spécifique que le ventre comme région générale : sous le nombril (Victoire), à la taille (Lucie), à côté du ventre (Augustin) et répandus sur toute la région ventrale (Catherine). L'autre tendance qui est ressortie chez les aînées des familles Pétrus et Moïse est celle d'éprouver des maux dans la région ventrale, en haut, par comparaison aux douleurs liées aux règles menstruelles, qui se produisent plus bas dans cette région.

Ces résultats complèteraient les observations réalisées dans quelques études cliniques sur les troubles fonctionnels de l'intestin, dans la mesure où ces douleurs se présentent comme des

²⁴ Cette question sera reprise dans le chapitre V, qui concerne les explications données aux maux de

anomalies dispersées, difficiles à localiser dans un endroit spécifique, ou comme une anomalie d'intégration des symptômes intestinaux douloureux (Faure 2006 ; Faure *et al.*, 2007 ; Halac *et al.*, 2009). Ces résultats vont aussi dans le sens de certaines études concernant l'expression et la perception de ces symptômes chez des personnes de différentes origines nationales. Ainsi, les individus des pays occidentaux se plaindraient majoritairement de douleurs localisées au bas du ventre, tandis que chez ceux des pays non occidentaux (comme en Inde et au Bangladesh), le site de la douleur serait plus fréquemment le haut du ventre (Masud *et al.*, 2001, Talley *et al.*, 1991).

4.1.2 L'intensité et la fréquence

Outre l'endroit où ils éprouvent les maux de ventre, les participants ont établi d'autres critères de distinction pour parler des différences entre ceux-ci. Les maux de ventre sont évalués à partir de l'intensité et de la fréquence avec lesquelles ils arrivent, demeurent, passent et reviennent. Cette question du degré qui traverse les maux de ventre chez ces enfants est notamment exprimée par le biais de l'utilisation d'adverbes de quantité et de temps. Ces adverbes permettent aux enfants de préciser, plus ou moins, l'intensité qualitative et quantitative de leurs maux de ventre.

Les principaux adverbes de quantité utilisés sont *très* et *trop*. D'autres adverbes de quantité employés moins fréquemment sont *un peu*, *vraiment* et *tellement*. Augustin, le garçon de la famille Pétrus, a utilisé surtout l'adverbe *très* pour parler des maux de ventre les plus intenses qu'il a ressentis : « J'avais très mal au ventre... très terrible. » Christine, sa jumelle, en revanche, a utilisé l'adverbe *trop* pour parler des maux de ventre qui ont été les plus forts et les plus dérangeants pour elle : « Je ne suis pas capable de marcher, parce que j'ai trop mal. » Louis, le garçon de la famille Chauvet, a été le seul à utiliser l'adverbe de quantité *un peu* pour caractériser l'intensité des maux de ventre dont il souffrait.

Une autre façon fréquente de parler des maux de ventre chez plusieurs de ces enfants est de faire le lien avec l'utilisation d'un adverbe plus d'une fois dans la même phrase. Ils en ont fait usage au moment de parler des maux de ventre plus forts et intenses. Ainsi, la cadette de la famille Roney a utilisé les adverbes *très* et *trop*, l'adjectif *mal* plus d'une fois, pour parler

de ses maux de ventre les plus intenses : « Parfois ça fait mal, ça fait mal, mal, mal... Parfois je me sens trop, trop, trop, trop mal, parfois j'ai tellement mal et je pleure. » Les filles et les garçons ont aussi utilisé quelques adjectifs, quoique d'une manière moins fréquente que les adverbes. À ce sujet, Monique, la fille de la famille Cadet, par exemple, a parlé des maux de ventre qui lui font avoir beaucoup mal : « Ça fait beaucoup [mal]. »

En ce qui a trait à la fréquence avec laquelle les enfants ont des maux de ventre, ceux-ci et leurs mères ont fait usage d'adverbes ou d'expressions tels que *parfois, quelquefois, de temps en temps, des fois, souvent, parfois, tout le temps, toujours* et *presque tout le temps*. De même que pour les adverbes de quantité, les adverbes de temps n'expriment pas de nombres ou de quantités exactes dans la plupart des cas. En revanche, les enfants s'en servent pour parler d'une expérience subjective qui n'est pas plus facilement dénombrable ni mesurable dans des laps de temps réguliers. Il s'agit plutôt d'une expérience ressentie d'une façon irrégulière, variable et indéterminée en ce qui a trait à l'heure de son arrivée et à sa durée.

En général, la majorité des enfants perçoivent leurs maux de ventre comme une expérience irrégulière dans sa fréquence et son lieu d'apparition, pouvant varier en intensité, avec une tendance à les sentir surtout le matin, autant à la maison qu'à l'école, avec un peu plus de risques de les ressentir à la maison, mais ayant toujours eu une permanence tout au long des années. L'usage d'adverbes de quantité et de temps a été la manière la plus utilisée par les enfants au moment de parler et de décrire les maux de ventre qu'ils éprouvent. Ces adverbes ne représentent pas des nombres ou des quantités exactes, mais il s'agit plutôt d'une façon de parler des sensations qui sont vécues et évaluées selon chaque subjectivité, à partir de mesures autres que des montants quantifiables.

Le fait que la plupart des enfants et de leurs mères utilisent des critères de mesures autres que des chiffres exacts nous parle d'une expérience de maladie qui est vécue et évaluée d'un point de vue qualitatif et subjectif. Par ailleurs, c'est une expérience vécue comme quelque chose d'irrégulier dans le temps et dans l'espace, comme un vécu indéterminable, insaisissable et variable. Sur ce dernier sujet, depuis qu'on a appliqué les premiers questionnaires aux enfants des écoles afin de cibler la population infantile atteinte de troubles fonctionnels de l'intestin, ils ont eu des difficultés au moment de préciser le nombre

de fois qu'ils avaient eu des maux de ventre pendant un certain laps de temps. En effet, ils étaient incertains, hésitants et sans une réponse qui convenait véritablement aux options présentées dans le questionnaire. Par conséquent, nous pouvons dire que la mesure des maux de ventre chez ces enfants doit passer par une considération sur la façon dont ils ressentent ces douleurs et élaborent une telle expérience subjective, par la dimension *illness*, celle des perceptions, des classifications et des significations des individus face aux problèmes de santé (Kleinman 1988 : 4).

4.2. D'autres symptômes et sensations liés aux maux de ventre

Il a été fréquent d'entendre les familles expliquer que les maux de ventre chez les enfants étaient souvent accompagnés de douleurs à d'autres endroits du corps et d'autres sensations et états plutôt désagréables. En réalité, Louis, le garçon de la famille Chauvet, a été le seul enfant à ne pas rapporter sentir d'autres symptômes physiques qui se produisaient en même temps que ses maux de ventre. Quelquefois, tels symptômes et malaises peuvent même prendre une place plus importante que les maux de ventre, diminuant l'importance qu'ils ont pour eux et pour leur mère. Il faut aussi tenir compte du fait que dans une famille (Pétrus), il a surtout été question de la gastroentérite et des symptômes liés à cette maladie, plutôt que simplement des maux de ventre.

4.2.1 Des maux de tête

Ceux-ci ont été rapportés par la plupart des familles comme le symptôme le plus fréquent et le plus dérangent. Même avant de leur poser la question concernant d'autres douleurs ressenties, plusieurs mères et leurs enfants ont commencé à parler des maux de tête. En effet, il y a eu une sorte d'association immédiate et récurrente entre les maux de ventre et ceux ressentis à la tête. Les seuls jeunes qui ont dit ne pas avoir de maux de tête en même temps que des maux de ventre ont été Lucie, la fille de la famille Moïse, et Louis, le garçon de la famille Chauvet.

Monique, la fille de la famille Cadet, a dit avoir mal à la tête *presque toujours*. À vrai dire, les maux de tête et les saignements de nez sont ses problèmes les plus fréquents et ils la dérangent particulièrement. Quant à sa mère, certes, les saignements de nez accompagnés de maux de tête l'inquiètent beaucoup plus que les maux de ventre. Quelquefois, quand les maux de tête lui arrivent à l'école, la fille doit appeler son père pour qu'il vienne la chercher.

L'aînée de la famille Roney a aussi affirmé avoir eu des maux de tête, des vomissements et de la diarrhée en même temps que des douleurs au ventre. Sa sœur plus jeune a également raconté qu'elle a des maux de ventre qui sont souvent précédés de maux de tête, et que ces maux de tête deviennent plus intenses quand les douleurs au ventre sont fortes et quand elle a de la fièvre et envie de vomir en même temps. L'aînée de la famille Pétrus a dit ressentir d'abord des maux de ventre, fréquemment suivis par des maux de tête, et sentir comme si ces maux de ventre montaient vers sa tête. Quelquefois, quand de telles douleurs sont plus intenses, elles sont suivies par des maux à la gorge et au dos. Sa mère a précisé que ses enfants ont d'abord des maux de tête et ensuite des vomissements. D'habitude, l'ordre d'apparition de ces différents symptômes n'est pas le même pour tous les membres de cette famille, néanmoins ils ont tendance à placer les maux de ventre comme les signes précurseurs d'un problème plus grave et complexe, qui peut être composé d'autres symptômes et devenir une maladie comme la gastroentérite.

4.2.2 Des vomissements

Ceux-ci ont aussi été rapportés par la plupart de ces enfants (à l'exception de Monique, la fille de la famille Cadet) comme un des symptômes ou des malaises qui accompagnent fréquemment leurs maux de ventre. De plus, les vomissements demeurent dans leurs souvenirs comme un des symptômes les plus désagréables, à cause du goût et de la forte sensation laissés dans la bouche et dans la gorge. Ils sont vécus comme quelque chose de répugnant et de terrible.

En ce qui concerne la famille Pétrus, il est fréquent que les trois enfants vomissent quand ils ont des maux de ventre. Autant les deux filles que le garçon ont affirmé que leurs maux de ventre sont toujours accompagnés de vomissements et de diarrhée. Par ailleurs, c'est une expérience que ces enfants ont qualifiée de très dure et de très désagréable. Leur mère interprète les vomissements de ses enfants comme un des derniers symptômes qui apparaît à chaque épisode de gastroentérite. L'acte de vomir est, d'après cette dame, un symptôme qui arrive après les maux de tête et qui constitue un essai que ses enfants font pour faire sortir de leurs corps ce qui leur fait du mal : « Quand ils ont des maux de tête, ils commencent à vomir. Peut-être, c'est tous des efforts qu'on met dehors pour jeter. » Ainsi, du point de vue de cette famille, les vomissements agissent tel un signe d'amélioration et de pronostic, dans

la mesure où ils sont un moyen d'expulsion du corps, de ce qui fait du mal, et qu'ils constituent l'étape dernière des maux de ventre et de la gastroentérite.

Autant les enfants de la famille Roney que ceux de la famille Pétrus ont parlé de l'envie de vomir et de l'acte de vomir comme s'ils étaient une sorte de comportement influencé par d'autres personnes. Si un des membres de la fratrie est en train de vomir et que l'un de ses frères ou l'une de ses sœurs ou le regarde à ce moment-là, ce dernier va lui-même en venir qu'à vomir. À ce sujet, nous pouvons écouter le discours qui a eu lieu au sein de la famille Pétrus : « Une fois, j'avais vomi, et puis ma sœur m'avait regardé vomir, et puis... elle a appelé ma mère, et puis, elle a commencé à vomir... après quelques heures, mon frère a vomi aussi. » La mère a en effet confirmé cette tendance à imiter l'acte de vomir chez ses enfants : « Elle ne peut pas regarder ça... la plus grande... si c'est la plus petite qui commence. Depuis qu'elle voit... le vomissement... elle commence... dès son jeune âge. » L'aînée de la famille Roney a souvent des vomissements quand ses maux de ventre se produisent. Sa petite soeur, malgré qu'elle ne vomisse pas, a dit qu'elle sent parfois aussi qu'elle a envie de le faire, notamment quand elle voit que sa sœur est en train de vomir. À ce propos, on observe que, d'un côté, chaque enfant affirme avoir des symptômes particuliers, différents de ceux qui sont éprouvés par les autres membres de sa fratrie, et que, d'un autre côté, il y a des enfants qui disent ressentir les mêmes symptômes que les autres membres de leur fratrie. À cet égard, on peut mentionner les familles Pétrus et Roney, en ce qui a trait aux vomissements, aux maux de tête et aux maux de ventre, et penser que l'expression de l'affliction liée à ces maux de ventre est renforcée au sein de ces groupes familiaux. Ce serait donc une question de *patterns culturels transmis*²⁵, dans la mesure où il s'agit de logiques culturelles qui sont données à l'enfant par la mère et par son groupe d'appartenance. Ce sont ces *patterns culturels transmis* qui vont réguler les rapports de l'enfant par rapport à l'autre, son « extérieur », et qui le rendront sensible aux réactions de son entourage par rapport à l'expérience de sa douleur (De Plaen 2000 : 72). De plus, les familles alimentent certains types de somatisation par leurs comportements et par leurs réponses (Kleinman 1998). Selon Kirmayer *et al.*, (1998), la somatisation est un processus psychologique enraciné dans la vie sociale. Ainsi, les processus sociaux et culturels

²⁵ Concept créé par l'anthropologue Margaret Mead (mentionné dans Plaen : 2000).

contribuent au façonnement des somatisations, à la manière de les exprimer et d'élaborer les récits de souffrance et de maladie (Kirmayer *et al.*, 1994).

4.2.3 De la diarrhée et de la constipation

La diarrhée et la constipation se trouvent également parmi les symptômes qui accompagnent les maux de ventre chez les enfants, mais ils sont moins fréquents que les maux de tête et les vomissements. En effet, la plupart des enfants ont dit ne pas constater de changements de leurs selles et de la fréquence de leur défécation. En effet, ce sont Christine et Augustin, les jumeaux de la famille Pétrus, qui rapportent avoir de la diarrhée le plus souvent. Par contre, Louis, le garçon de la famille Chauvet, et Lucie, la fille de la famille Moïse, ont déclaré ne pas avoir de la diarrhée ou de la constipation en même temps que des maux de ventre.

4.2.4 Des saignements de nez

La famille Cadet a été la seule à parler de saignements de nez comme d'un symptôme lié aux maux de ventre chez la fille. Selon la mère, ce sont ses saignements de nez le principal signe indiquant que Monique a un problème de santé, et elle est très inquiète à ce sujet, car ce symptôme est très fréquent chez sa fille (beaucoup plus que les maux de ventre) : « Ce n'est pas le mal de ventre qui lui fait manquer l'école, c'est à cause qu'elle a des saignements. » Monique a en effet affirmé qu'elle a des saignements de nez presque tous les jours à l'école. Par ailleurs, ses saignements sont parfois accompagnés d'une augmentation de sa température corporelle, ce qui les rend encore plus préoccupants pour la famille : « À l'école, ça vient presque toujours... puis... quand ils voient que mon front était vraiment chaud, ils appelaient mon père. »

4.2.5 D'autres sensations

Les enfants ont aussi fait usage de quelques indices appartenant à différents domaines de leur expérience corporelle et subjective, comme la température, des sensations de mouvement et des sensations tactiles et sonores. Monique, la fille de la famille Cadet, a expliqué que les maux de ventre lui font beaucoup mal, et pour les décrire, elle a utilisé la phrase « Ça me fait filer mal. » L'aînée de la famille Roney a décrit ses maux de ventre en utilisant principalement deux métaphores. D'un côté, elle a emprunté une métaphore qui appartient au domaine de la musique, en disant qu'elle ressent des coups de bâton :

« Comme si on donnait des coups de bâton, des coups de bâton. » D'un autre côté, elle a parlé de ses maux de ventre en faisant une comparaison avec l'acte de manger : « Ou bien quand j'ai des maux de ventre, c'est comme si quelqu'un est en train de manger, de manger en moi, en dedans, et ça fait du mal. »

La cadette de la famille, Roney, a dit ressentir de la température corporelle en hausse, de même que des étirements : « C'est comme si tout était tout étiré, tout brûlé. » Lucie, la fille de la famille Moïse, affirme qu'elle éprouve différentes sensations désagréables :

Ça tire, et puis des fois, ça donne dans mon ventre, c'est comme si j'avais des gaz, des bruits dans mon ventre là... Brûlures, douleur d'estomac, picotements, comme s'il y avait une aiguille qui voulait sortir. Je sens comme des brûlures et des maux d'estomac... Pas mal juste des brûlures... C'est comme quelque chose qui me brûle à l'intérieur... C'est comme si je brûlais de l'intérieur. Ça me fait vraiment mal... c'est chaud, c'est brûlant... C'est comme si j'avais de la fièvre, mais au ventre. Pas dans mon corps. Mon ventre, c'est vraiment chaud... des fois, j'ai de la fièvre aussi.

Plusieurs participants ont expliqué que, parfois, les enfants ressentent une augmentation de leur température corporelle, qui peut finir par se transformer en une fièvre. Cette augmentation de la température peut se concentrer sur le ventre (chez Lucie), elle peut aussi devenir une hausse de la température au niveau de tout le corps (chez Augustin) ou elle peut varier entre les deux (chez Lucie). De plus, l'augmentation de la température corporelle est liée à l'augmentation des maux de ventre chez certains enfants. C'est le cas de Louis, le garçon de la famille Pétrus : « Quand j'ai vraiment mal au ventre... je deviens chaud, et j'ai mal au ventre... j'ai mal, ça fait très très mal. » De même, la cadette de la famille Roney a associé ses maux de ventre les plus forts à une augmentation de sa température corporelle : « Parfois, c'est grave, je pleure... Ça m'a donné de la fièvre et mal à la tête. Quand je pleure, ça m'a donné de la fièvre, mal à la tête. Ça commence à faire comme une maladie. » Ainsi, l'augmentation de la température corporelle est interprétée comme un signe d'aggravation des maux de ventre.

Ainsi, la majorité des enfants ont rapporté différents symptômes liés aux maux de ventre. Bien que les maux de ventre soient présents dans tous les cas, d'autres symptômes se présentent la plupart du temps comme des maux de tête et des vomissements. D'autres symptômes se manifestent dans la moitié des cas, comme l'augmentation de la température.

Il y a des symptômes qui se retrouvent dans deux familles, comme la diarrhée chez les enfants des familles Pétrus et Roney ; et d'autres symptômes apparaissent seulement dans un cas, comme les saignements de nez et la constipation chez la fille de la famille Cadet. Cela nous montre que les maux de ventre sont liés aux autres douleurs, qu'ils dépassent la région ventrale et qu'ils se mêlent à des douleurs et à des malaises ressentis dans différents endroits du corps. Alors, il serait mieux de parler d'un mal qui est difficile à localiser, qui parfois est ressenti comme quelque chose qui peut bouger et se déplacer d'un endroit à l'autre du corps.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux avancés par les gastroentérologues, dans la mesure où ces troubles sont associés à d'autres symptômes douloureux comme des céphalées et des migraines (60,5 %), des maux de gorge (35 %), une hypersensibilité viscérale, des sensations aberrantes et une anomalie d'intégration des symptômes intestinaux douloureux (Faure 2006 ; Faure *et al.*, 2007). Ils sont également associés aux vomissements, à l'altération des selles (comme la diarrhée et la constipation), à la dyspepsie, aux nausées, aux flatulences, à la mauvaise haleine et aux éructations (Cathébras 2006). On a aussi les descriptions cliniques de différents syndromes somatiques fonctionnels qui permettent de vérifier que nous devons opérer un large recoupement entre des symptômes comme des migraines, des douleurs abdominales (Drossman *et al.*, 2000 : 535), des ballonnements abdominaux, des céphalées, des douleurs musculaires et articulaires, des sensations vertigineuses, des troubles du sommeil (Cathébras 2006 : 106), des vomissements et des changements des selles (Drossman *et al.*, 2000 : 535).

Néanmoins, contrairement à ce que plusieurs de ces enfants ont rapporté, cette documentation ne signale pas de sensations de déplacement ou de mouvements de ces symptômes. Par ailleurs, quelques symptômes présents chez ces enfants n'ont pas été rapportés dans la documentation médicale sur les troubles fonctionnels de l'intestin, comme les saignements de nez. Ces symptômes sont également accompagnés d'autres sensations et sentiments dits non physiques. Ces derniers aspects iraient cependant dans le sens signalé par quelques études sur les caractéristiques des syndromes somatiques fonctionnels. En effet, il existe un large recoupement symptomatique entre ces différents syndromes, qui rend difficile et provisoire leur classement. Ils sont représentés par la plainte de fatigue, par les douleurs musculaires et articulaires, par les céphalées, les troubles du sommeil, les

sensations vertigineuses et les manifestations somatiques d'anxiété, entre autres (Cathébras 2006 : 107).

4.3 Les sentiments et les émotions

Il existe une dimension émotionnelle et différents états d'esprit qui traversent le vécu des maux de ventre chez ces enfants. En général, tous les enfants ont parlé de sentiments de tristesse, de solitude et d'incompréhension lorsqu'ils ont ces maux. Plus de la moitié d'entre eux ont déclaré se sentir seuls, surtout si ces maux se produisent à l'école, et se sentir davantage accompagnés quand ils se trouvent dans leurs milieux familiaux (Louis, l'aîné de la famille Roney, Monique, Lucie et les jumeaux de la famille Pétrus). La fatigue, l'irritabilité et la colère sont aussi éprouvées par plusieurs enfants ; quelques-uns ressentent une perte d'appétit, deviennent plus tranquilles et moins éveillés dans ces moments-là (les trois enfants de la famille Pétrus, Victoire et Louis). Dans la plupart des cas, ils éprouvent plusieurs sentiments en même temps ; quelquefois, ceux-ci semblent contradictoires, du moins en apparence. En général, les mères remarquent que leurs enfants se sentent alors plus tristes, calmes, somnolents et pâles que d'habitude, qu'ils ont tendance à perdre l'appétit et à boire davantage de liquides²⁶.

4.3.1 De la solitude, de l'isolement et de la souffrance sociale

Les changements sur le plan émotionnel et les sentiments de ces enfants ne doivent pas être vus comme une causalité linéaire, clairement identifiable, comme s'il s'agissait d'une simple conséquence que les maux de ventre ont sur l'état d'esprit des enfants. Ces sentiments sont interprétés par ces mères comme un indice diagnostique indiquant que quelque chose de mauvais arrive à leurs enfants, de même que comme un effet de leur mauvais état de santé sur leur état émotionnel. Ainsi, au lieu de comprendre ces émotions et ces sentiments comme une conséquence des maux de ventre, on assiste à une expérience où les autres douleurs, sensations physiques et non physiques, émotions et sentiments sont éprouvés par les enfants comme un ensemble. D'après Scheper-Hughes *et al.*, (1987), un des défis et des buts de l'anthropologie médicale est de suspendre notre manière, culturellement façonnée, de comprendre le corps comme divisé en un esprit et un corps, en une réalité physique et une

²⁶ La documentation médicale sur les troubles fonctionnels de l'intestin fait aussi référence à des symptômes comme de la satiété précoce et des sensations de plénitude gastrique (Cathébras 2006).

réalité mentale, et autres dichotomies dues en bonne partie au dualisme cartésien, comme le rationnel-irrationnel, le naturel-surnaturel et le magique-rationnel. En revanche, nous devrions partir du principe selon lequel le corps est, en même temps, un instrument physique et symbolique, une élaboration culturelle et naturelle simultanée, enracinée dans un moment historique concret (Scheper-Hughes *et al.*, 1987). De même, ces maux de ventre et les sentiments qui y sont liés constituent des expériences dans lesquelles les enfants se mettent en rapport avec les personnes de leur entourage social. Ce sont des vécus corporels et individuels qui ne se trouvent pas isolés de la façon dont chaque garçon et chaque fille restent en rapport avec les autres personnes et amènent les relations dans leur réseau social.

En général, tous ces enfants se sentent tristes, seuls, abattus et déprimés quand ils ont des maux de ventre. L'aînée de la famille Roney a dit se sentir seule et triste quand elle éprouve des maux de ventre, et elle s'est plainte du fait que ses relations avec ses amis ne vont pas bien dans ce temps-là : « Ça allait un peu bien (les relations avec ses amis) parce que des fois ,quand j'ai mal au ventre... je me sens toute seule... je m'assoie toute seule... je suis triste. » La plupart des mères, celles des familles Roney et Pétrus, ont dit que leurs enfants sont tristes, somnolents, tranquilles et pâles : « ne se présentent pas gaies comme d'habitude ». Ils mangent moins et ils ont davantage envie de boire des liquides quand ils ont des maux de ventre. Ces symptômes agissent comme des signes d'aggravation du problème.

Le sentiment de solitude, présent chez tous les enfants, est intercalé avec des sentiments d'être accompagnés, de sorte que les maux de ventre se jouent entre leurs sentiments de solitude et leur rapprochement des autres. Le fait de se sentir plus seul ou plus accompagné dépend, en bonne partie, de l'endroit où ces enfants se trouvent au moment où ils ont ces maux et des personnes qui les entourent alors. En général, si les maux de ventre se produisent à l'école, ils se sentent plus seuls ; mais s'ils ressentent ces maux à la maison, ils se sentent davantage accompagnés, notamment par leur mère, par les autres membres de la fratrie et parfois par leur père. De plus, la solitude est souvent accompagnée d'un sentiment de tristesse, et quelquefois de sentiments d'incompréhension. Telle que Lucie, la fille de la famille Moïse, l'a exprimé, ils ressentent parfois le fait que les autres personnes ne comprennent pas ce qui lui arrive : « Le monde ne comprend pas qu'est-ce que j'ai. »

Malgré le fait de parler de ses maux de ventre avec ses amies à l'école, avec sa mère à la maison et d'être déjà allée chez le médecin, Lucie se sent seule, incomprise et isolée des autres. Ces sentiments se nourrissent du fait que personne ne lui a fourni d'explication et ni une solution à ses maux de ventre.

Ces résultats vont dans le même sens que les observations signalées par quelques études médicales, dans la mesure où il y a une tendance à établir une association entre les troubles fonctionnels de l'intestin et des sentiments d'anxiété et de dépression (Faure *et al.*, 2006, Lévy *et al.*, 2006, Campo *et al.*, 2004, Trikas *et al.*, 1999). Ils rapportent également une tendance à éprouver des sentiments de tristesse, d'isolement social, un faible niveau d'énergie, une participation moindre aux sports et autres activités, une perception de leur vie comme un échec (Yousef *et al.*, 2003) et, en général, une mauvaise qualité de vie (Youssef *et al.*, 2006). De même, d'autres études ont rapporté des taux relativement élevés d'absentéisme scolaire (de l'ordre de 61 % plus d'une fois par mois et de 39 % moins d'une fois par mois), des ruptures familiales (Thompson *et al.* 1996) et en général, un impact majeur sur la vie quotidienne (Castilloux *et al.* 2008).

En ce qui concerne les sentiments de solitude et d'isolement, les auteurs s'entendent pour établir une distinction. L'isolement est une expérience subjective, et il n'est pas synonyme de solitude objective (Renaud 1991). L'isolement résulte de déficiences dans les relations sociales d'une personne, quand il y a une inadaptation entre les relations sociales et les besoins ou les désirs de contacts sociaux d'un individu. L'isolement est une expérience déplaisante, subie par une personne quand son réseau de relations sociales est significativement déficient en qualité ou en quantité (Perlman et Peplau 1983, dans Renaud 1991). Il est l'absence réelle ou perçue de relations sociales satisfaisantes accompagnée de symptômes de détresse psychologique liés à cette absence. De plus, la dépression semble associée à l'isolement émotionnel, et l'anxiété à l'isolement social (Russel 1984, dans Renaud 1991).

À l'autre extrémité de la solitude, on trouve Louis, le garçon de la famille Chauvet, qui n'avait jamais dit à personne qu'il souffrait de maux de ventre. En effet, cette famille a été le seul cas où la mère n'était pas au courant des maux de ventre de son fils, jusqu'au moment de cette recherche. Elle a nié plusieurs fois, certes, le fait que son fils avait des douleurs

d'estomac ou d'autres problèmes de santé. Néanmoins, Louis a insisté sur le fait qu'il a effectivement ressenti des maux de ventre plusieurs fois et qu'il a toujours vécu cette expérience dans la solitude, sans la communiquer à personne. Les motifs du manque de communication de ces maux n'ont pas été explicités par ce garçon. Toutefois, d'après la dynamique familiale qui s'est installée durant notre rencontre, on peut penser qu'il y a des relations tendues entre Louis et sa mère pouvant empêcher que celui-ci lui fasse confiance à divers égards. Ce garçon a aussi expliqué ne pas garder beaucoup de relations intimes et de confiance envers d'autres personnes en dehors de la famille. De plus, le fait que ses maux de ventre se produisent surtout quand il joue seul à la maison favoriserait le manque de communication avec d'autres personnes à ce moment-là.

D'après Soulet (2007), la *souffrance sociale* renvoie au problème de l'énonciation, à une impossibilité de mettre en paroles et à une rupture de la communication et du lien qui permet à l'individu de fonder son rapport au monde. Il s'agit d'une atteinte à l'intégrité de l'individu, d'une violence morale, dans la mesure où l'on ne le reconnaît pas comme un sujet, mais qu'on l'enferme dans sa propre histoire biographique. L'enfermement dans une histoire singulière empêche l'inscription de la cause de la souffrance dans un schéma explicatif et rend impossible une action pour remédier à cette situation (Soulet : 2007).

Cette recherche a servi comme témoin de la douleur de Louis, comme témoin de la solitude et de l'isolement dans lesquels il vit ses maux de ventre. Les silences ne sont pas simplement des ruptures dans la capacité expressive du langage, mais ils sont également des stratégies d'agencement et des manières de s'approprier de la douleur. La douleur est un jeu du langage qui réclame et demande de la reconnaissance (Ortega : 2008). L'acte de témoigner ne consiste pas seulement à faire l'analyse textuelle, mais il doit aussi être compris dans sa nature de sociabilité, où entendre la douleur de l'autre est permettre qu'elle passe par moi. L'anthropologie est, parmi d'autres, un corps de textes qui reçoit la douleur des gens en prêtant son corps d'écrits, c'est la reconnaissance de la douleur de l'autre (d'après Das 2008, dans Ortega : 2008).

4.3.2 De la fatigue, de l'irritabilité et le rapport à autrui

D'autres sentiments évoqués par plusieurs enfants ont été la fatigue, l'irritabilité et la colère. En général, ils éprouvent un manque d'énergie au moment de faire leurs activités quotidiennes, surtout les activités qui exigent de réaliser des efforts physiques, comme courir. Parfois, ils deviennent plus irritables et arrogants quand ils ont des maux de ventre. Ces sentiments semblent un signe d'aggravation, dans la mesure où ils émergent comme une réaction aux douleurs du ventre. De plus, ils sont exprimés envers les personnes de leur entourage immédiat. Les enfants des familles Pétrus et Moïse sont ceux qui éprouvent le plus de sentiments d'irritabilité et de fatigue. À cet égard, Caméla, la cadette de la famille Pétrus, a été claire : « Je n'ai pas le goût de parler... peut-être que je suis plus arrogante sans que je le veuille. Peut-être que je dis : "tais-toi" quand j'ai mal au ventre... un petit peu plus méchante. » C'est comme si les enfants se permettaient de se comporter d'une façon plus agressive envers les autres dans ce temps-là. Les maux de ventre, chez eux, constituent une situation de relâchement des normes de politesse, alors qu'ils deviennent plus libres et agressifs envers les autres personnes.

Enfin, autant que pour les sentiments de solitude et d'être accompagné, les sentiments de fatigue et d'irritabilité dépendent de l'endroit où les enfants se trouvent et de leur ambiance dans ce temps-là. La cadette de la famille Pétrus en est un bon exemple : « Des fois quand je suis malade, je me lève le matin et je me sens... molle, pas agitée. » Ensuite, elle devient plus agressive envers les autres personnes quand elle a des maux de ventre et manifeste cette agressivité en faisant des commentaires qu'elle n'est pas capable de faire habituellement :

Ça dépend, des fois, je reste dans mon coin, ou des fois, je vais être un petit peu agressive, mais pas trop... Moi, je suis franche, mais je suis encore plus franche (quand elle a des maux de ventre)... comme si quelqu'un fait un commentaire que je n'aime pas, je vais le dire, franchement qu'est-ce que je pense... moi, je vais dépasser les limites.

Ces résultats vont dans le même sens que quelques observations signalées par Schepers-Hughes *et al.*, (1987) concernant les dimensions politiques de la maladie. D'après ces auteurs, les maladies ne sont pas simplement un phénomène naturel isolable, mais elles sont aussi un moyen de communication à travers lequel les organes et la société parlent. Ainsi, les corps individuels seraient l'arène où les conflits sociaux et la résistance personnelle ont lieu (Schepers-Hughes 1987). On observe que les maux de ventre chez ces enfants ne sont

pas seulement un fait physique, mais qu'ils constituent une expérience vécue dans ses dimensions individuelle (physique et psychologique) et sociale. La douleur est d'abord un fait d'existence, dans la mesure où ce n'est pas le corps qui souffre, mais une personne ayant une appartenance sociale et culturelle, une histoire propre et une psychologie particulière (Breton 1996). Alors, il faut considérer ces maux de ventre dans une perspective qui dépasse les dichotomies séparant les individus de leurs rapports sociaux, étant donné que ces enfants vivent une modification de leur rapport à autrui. Il faut les considérer comme l'expression des vécus d'un être individuel et d'un être sensible au tissu social dont il fait partie. L'anthropologie doit donc surpasser quelques barrières conceptuelles, comme celle qui est collective-individuelle, visant une compréhension de la souffrance humaine comme une expérience qui est à la fois vraiment collective et individuelle (Kleinman *et al.*, 1997). Ainsi, les douleurs dont ces enfants souffrent sont également l'expression de leur souffrance, dans la mesure où ils ressentent une altération du rapport à soi et à autrui en même temps (Ricoeur 1994).

4.4 Le seuil de tolérance aux maux de ventre

Ces enfants ont parlé de leur seuil de tolérance aux maux de ventre. Ce seuil est indiqué par des signes d'aggravation et pronostiques, comme l'intensité et la fréquence des maux, l'apparition simultanée de plusieurs douleurs et malaises, et la capacité-incapacité à réaliser quelques activités quotidiennes. Tous les enfants et parfois leurs mères mesurent et évaluent l'intensité et la fréquence avec lesquelles ces maux de ventre ont lieu. Généralement, ils considèrent que ces maux se situent aux limites du supportable quand ils sont très forts et/ou quand ils en souffrent fréquemment. Pour faire référence à ces limites, la majorité des personnes n'ont pas donné de mesures quantitatives ou exactes, mais elles ont utilisé des adverbes comme *tous les jours* ou *tout le temps*. La mère de la famille Cadet en est un bon exemple : « Il y a des personnes qui se plaignent tout le temps de maux de ventre, et puis ça ne s'arrête pas, ça ne s'arrête pas, ça continue. »

La plupart des enfants ont expliqué qu'ils ne se sont presque jamais rendus aux limites de leurs maux de ventre, seulement quelquefois ; par conséquent, ils n'ont pas vu de motif pour s'en inquiéter, pas plus que de nécessité de demander de l'aide médicale. Ainsi, dans la majorité des cas, les maux de ventre chez ces enfants restent au niveau des symptômes, sans devenir vraiment des signes de maladie, qu'ils soient vécus par ces familles comme des

symptômes, dans le sens où ils ne dépassent pas le plan du phénoménal ou qu'ils restent comme une sorte de fait brut qui n'a encore rien de sémiologique et de sémantique (Barthes 1972, 1985). À cet égard, Augustin, le garçon de la famille Pétrus a déclaré : « Ça ne m'a jamais rien dit », et Lucie, la fille de la famille Moïse : « Ça me faisait mal au ventre, mais c'était correct. » C'est seulement quand les maux de ventre se produisent avec une fréquence et une intensité élevées, selon les perceptions de ces enfants et de quelques personnes de leur entourage, qu'ils prennent la forme de signes précurseurs d'un problème. C'est à ce moment-là que de tels maux de ventre ne sont plus de simples symptômes dépourvus de signification, mais qu'ils deviennent des symptômes d'une conscience organisatrice des personnes qui y sont engagées ; c'est là que s'opère une transformation du phénoménal à la sémantique (Barthes 1972, 1985).

En outre, les enfants interprètent les maux de ventre qui les empêchent de faire quelques-unes de leurs activités quotidiennes comme des signes d'aggravation et les limites du supportable. Le fait de ne pouvoir se lever ou de ne pouvoir faire des exercices physiques se trouve parmi ces signes. Augustin, le garçon de la famille Pétrus, a expliqué que s'il ne peut rester debout, il considère que ses maux de ventre ont dépassé les limites de ce qui est supportable : « [Si] je ne peux pas rester droit... ça fait très très mal... je suis obligé de bouger chez moi. » De plus, il a déclaré que, bien que cela ne lui arrive pas souvent, si ces douleurs sont fortes et qu'elles restent plus longtemps, il doit faire quelque chose pour les soulager, comme trouver de l'aide médicale. D'une façon semblable, Christine, sa sœur jumelle, considère que les maux de ventre qui sont les plus forts et les plus difficiles à endurer pour elle sont ceux qui l'empêchent de rester debout et de marcher. En ce qui a trait à Lucie, la fille de la famille Moïse, elle a fait une différence entre les maux de ventre qui se produisent le plus souvent et d'autres maux qu'elle a qualifiés de *vraiment mal de ventre*. Pour préciser ce qu'elle perçoit comme *vraiment mal de ventre*, elle a parlé de l'incapacité à se lever et à rester debout.

La température corporelle est perçue comme un autre signe pronostic et d'aggravation du problème par ces familles, dans la mesure où elle indique son évolution prévisible et sa gravité. Si la température est considérée comme très haute, les enfants et leurs mères pensent que la situation en est arrivée à un point inquiétant, donc inacceptable, et qu'il faut faire quelque chose pour retrouver la normalité.

L'apparition de plusieurs symptômes est l'un des principaux indices au moment d'évaluer la gravité du problème et donc pour déterminer quel parcours de recherche d'aide les enfants suivront. Quelques enfants et quelques mères ont signalé que la gravité des maux de ventre augmente dans le cas où ils se présentent en même temps que d'autres symptômes (comme le mal de tête, la fièvre, des vomissements et de la diarrhée). La relation logique et/ou chronologique entre les autres symptômes et les maux de ventre n'est pas toujours évidente à établir. Quelquefois, les autres symptômes se présentent avant l'augmentation de l'intensité des maux de ventre chez certains enfants ; dans d'autres cas, les autres symptômes sont éprouvés quand les maux de ventre parviennent à un point d'intensité très forte. Toutefois, qu'il s'agisse du premier ou du deuxième cas, le fait d'avoir plus d'un symptôme à la fois est interprété par les familles (qui en ont parlé) comme un indice d'aggravation et comme une situation inquiétante dont la solution déborde les capacités individuelles et familiales. Les familles voient alors la nécessité de chercher de l'aide ailleurs, en dehors de la famille, et elles s'orientent surtout vers le milieu des services médicaux.

4.5 Les contextes d'apparition des maux de ventre

Tous les enfants ont dit éprouver des maux de ventre depuis qu'ils sont petits ; néanmoins, la plupart d'entre eux ne rappellent pas très bien leur première apparition. Il y a aussi des différences entre ce que les mères et les enfants disent au sujet de ces premiers maux de ventre (chez les familles Chauvet, Moïse, Pétrus et Cadet). Ce qui concerne la façon dont ces familles organisent dans un ordre temporel leurs expériences liées aux maux de ventre n'a pas été facile à saisir et à dégager. Cela a été encore plus difficile avec ces enfants, étant donné qu'ils ont eu tendance à parler de leurs expériences en utilisant des mots appartenant au domaine qualitatif beaucoup plus que d'un point de vue quantitatif et quantifiable.

Il n'en demeure pas moins qu'en ce qui a trait à la première fois où les enfants ont éprouvé des maux de ventre, il y a une tendance à ne pas avoir de souvenirs très précis et ponctuels des contextes d'apparition de ces premiers maux de ventre (chez les enfants des familles Cadet, Chauvet et les deux filles de la famille Pétrus). La plupart des enfants ont effectué quelques estimations de l'âge qu'ils avaient alors, en disant qu'ils étaient petits. Deux filles (Catherine et Lucie) ont signalé qu'il y a eu une augmentation dans l'intensité de leurs maux de ventre tout au long des années. Les deux filles de la famille Roney ont dit qu'elles étaient

alors en train de jouer chez elles ; les autres enfants, qui gardent certains souvenirs de ces premières fois, ont affirmé ne pas avoir vécu de situations particulières, mais qu'ils se trouvaient à la maison. Augustin, le garçon de la famille Pétrus, a noté qu'il se trouvait à l'âge de l'adolescence. En outre, toutes les mères ont des souvenirs des premiers maux de ventre de leurs enfants, et qui ne coïncident pas nécessairement avec ceux mentionnés par eux. En général, dans les récits des femmes, elles placent ces premiers épisodes de maux de ventre dans les premières années de vie de leurs fils et de leurs filles. Dans le cas de la famille Pétrus, les filles ont en effet mentionné la première fois que leur mère en a parlé, à tel point que même si elles ne se rappellent pas, elles ont incorporé tel souvenir comme faisant partie de leur histoire personnelle et de leurs histoires de maladies du ventre.

Ces résultats vont dans le sens signalé par Kirmayer *et al.*, (1998), dans la mesure où les sens exprimés à travers les idiomes de souffrance et de maladie sont souvent fragmentaires, approximatifs et contradictoires. Ces caractéristiques seraient le résultat de différents styles de raisonnement qui sont à la base de la pensée organisatrice des récits de maladie (Kirmayer *et al.*, 1998²⁷).

D'un autre côté, en ce qui a trait à la perception des maux de ventre, au fil du temps, la majorité des enfants ont eu tendance à parler de différents épisodes de maux de ventre, sans mentionner en général beaucoup de différence sur les plans de l'intensité, de la fréquence et de la qualité de leur expérience. C'est comme si ces maux de ventre n'étaient pas traversés par une dimension chronologique. En effet, Lucie, la fille de la famille Moïse, et l'aînée de la famille Roney ont été les seules à parler d'une augmentation de ces douleurs de ventre tout au long des années. Par contre, les autres enfants considèrent que ces maux sont toujours restés les mêmes, étant irréguliers dans leur fréquence et leur intensité, mais constants au cours des années. En général, ils sont pareils à une sorte de mal de ventre atemporel, dans le sens où ils n'ont pas suivi une trajectoire historique et qu'ils ont gardé plus ou moins les mêmes caractéristiques, tout en ayant des moments d'intensité plus ou moins variable.

²⁷ Nous parlerons plus en profondeur de ce sujet au chapitre concernant les sens et les explications des maux de ventre.

En ce qui a trait aux conditions de vie et/ou particulières dans lesquelles les enfants se trouvaient au moment d'avoir ces maux de ventre, il semble que les participants n'y avaient pas pensé auparavant. En général, les principaux endroits et les principales circonstances mentionnés comme les scénarios où les maux de ventre ont commencé sont : le domicile familial, l'école, et ce, peu importe dans quel contexte. Les enfants et leur mère rapportent des endroits, des moments et des contextes différents par rapport aux maux de ventre. Les enfants, de leur côté, ont mentionné la maison (Louis, Catherine, Christine et Caméla) et l'école (Augustin, Victoire, Louis et Lucie) comme les lieux les plus fréquents.

Une autre tendance remarquée est le fait que personne n'établit de lien entre les maux de ventre et des situations particulières qui se passent à ce moment-là. Autant les enfants que leur mère ne pensent pas que les maux de ventre soient associés à des événements ou à des contextes spécifiques (dans le sens d'avoir une éventuelle causalité). Ils ont plutôt affirmé que leurs relations avec les autres personnes et leur vie personnelle étaient « comme d'habitude ».

Conclusion

En général, on observe une certaine tendance concernant la perception des symptômes liés aux maux de ventre chez ces enfants. D'abord, ils utilisent des termes communs pour y faire référence (des *maux de ventre*, des *crampes* et des *douleurs d'estomac*), sans établir de distinctions remarquables entre ces entités et sans utiliser des termes empruntés à la terminologie médicale non plus. Deuxièmement, la plupart des enfants éprouvent les maux au niveau du ventre et dans d'autres endroits de leurs corps, de sorte qu'ils sont dispersés et difficiles à localiser dans un endroit spécifique. De plus, ils perçoivent ces maux comme une expérience subjective, irrégulière dans sa fréquence, dans son intensité et son lieu d'apparition, comme quelque chose d'indéterminable, d'insaisissable et de variable.

Troisièmement, les enfants et leur mère parlent d'autres symptômes qui apparaissent avec les maux de ventre (les maux de tête, les vomissements, l'augmentation de la température corporelle, la diarrhée et les saignements de nez). De même, ils éprouvent de la tristesse, de la solitude, de l'incompréhension, de la fatigue, de l'irritabilité, de la colère, des pertes d'énergie et d'appétit. Dans certains cas, ces autres douleurs et malaises peuvent devenir plus intenses, dérangeants et inquiétants que les maux de ventre. Ces douleurs et les

sentiments qui y sont liés se présentent telle une situation dans laquelle les enfants se mettent en relation avec les autres et réagissent aux personnes de leur entourage social en ayant l'attitude la plus généralisée : l'agressivité.

En outre, le seuil de tolérance des maux de ventre est donné par le fait de ressentir des maux assez forts et fréquents qui empêchent les enfants de réaliser leurs activités quotidiennes (par exemple, se lever le matin). D'autres indices de la gravité de ces maux viennent du fait d'avoir plusieurs symptômes en même temps. En général, les enfants n'ont presque jamais eu de maux et de symptômes assez inquiétants.

Enfin, ces familles n'ont pas élaboré d'histoire des maux de ventre ayant un début et une évolution linéaire. Par contre, elles estiment qu'en général, ces maux ont commencé quand les enfants étaient petits, et qu'ils ont toujours été irréguliers dans leur intensité et leur fréquence. Ces familles ne perçoivent pas non plus de conditions de vie particulières qui puissent être liées à l'apparition des maux de ventre.

CHAPITRE V

LES EXPLICATIONS ET LE SENS DES MAUX DE VENTRE

Les familles participantes ont deux tendances principales en ce qui concerne les sens et les explications donnés aux maux de ventre : elles alternent entre l'une ou l'autre explication, et l'incompréhension des causes de ces maux. La majorité des familles partagent ces deux points de vue, dans la mesure où le degré de certitude concernant les causes des maux de ventre peut varier chaque fois qu'ils surviennent. Dans le but d'être fidèles à ce que les participantes ont déclaré à propos des facteurs qui occasionnent des maux de ventre chez leurs enfants, nous présenterons d'abord l'ensemble des explications qu'elles ont données, pour ensuite exposer la nature inachevée et incertaine de ces systèmes de sens²⁸.

5.1 Les tentatives d'explication des maux de ventre

Les participantes ont parlé d'un ensemble de facteurs pouvant possiblement causer des maux de ventre. Un tel ensemble ne constitue pas un schème statique à partir duquel elles donnent toujours une explication concluante sur les maux de ventre. Ce sont néanmoins des explications plausibles, des tentatives d'explication. Une telle incertitude découle du fait que ces explications ne sont pas toujours convenables à tous les épisodes des maux de ventre ; elles agissent plutôt comme des pistes devant toujours être soumises à évaluation. Cette incertitude se traduit par le besoin de trouver une explication satisfaisante et amène les personnes à réfléchir et à vérifier, à chaque épisode de mal de ventre, quelles seraient les causes en jeu.

Si, d'une manière générale, on peut classer les explications données à ces maux comme ayant des causes physiologiques, biologiques ou encore sociales, on trouve au sein de chaque famille différentes perspectives quant à la source des maux de ventre. Une telle diversité de points de vue témoigne de différentes conceptions de la nature de ces maux : le sens qui leur est associé varie considérablement d'un membre de la famille à un autre et ne

²⁸ Les « systèmes de sens » correspondent aux modèles explicatifs de la maladie tels que formulés par les soignés (Corin et Bibeau, 1995).

se présente pas comme une entité fixe, mais plutôt comme le résultat d'un ensemble de facteurs, de contextes susceptibles d'affecter l'interprétation qui sera faite des symptômes observés. C'est ainsi que la plupart des familles ont des explications provisoires et plausibles en ce qui concerne les causes des maux de ventre chez leurs enfants. Ces explications sont des tentatives mises à l'épreuve à chaque épisode de mal de ventre, de sorte qu'un tel rapport au malaise a toujours pour trame de fond une certaine incertitude.

5.1.1. Les causes physiologiques

a. L'alimentation

Dans plusieurs rencontres, l'alimentation est ressortie comme une des causes les plus plausibles des maux de ventre chez les enfants. C'est un sujet qui revêt différents aspects et qui est ordonné d'après différentes significations. Ainsi, selon certains participants, c'est le fait de ne pas manger suffisamment (chez Lucie et Louis, des familles Moise et Chauvet), de trop manger (chez la famille Cadet), de manger certains aliments (chez les familles Roney et Pétrus) ou encore de manger de la nourriture à une température déterminée (d'après la mère de la famille Chauvet) qui donnerait des maux de ventre.

Les mères ont mentionné le fait de manger certains aliments comme une des principales causes des maux de ventre chez leurs enfants. Dans la plupart des cas, elles ont associé ces maux de ventre à des *gaz* (à l'exception de la mère de la famille Roney). Les femmes des familles Chauvet, Roney et Pétrus ont expliqué que les *gaz* peuvent être identifiés par le fait qu'on sent et peut palper des mouvements et du bruit dans le ventre. La mère de la famille Roney a ajouté qu'à la différence des crampes, qui passent plus ou moins rapidement, les *gaz* restent plus longtemps : « On a souvent des *gaz* qui bouillent au ventre. On sent que ça marche. On sent que ça fait du bruit, et puis ça provoque aussi des maux de ventre. Ça donne aussi de la diarrhée... Si on sent des palpitations parfois, et ça marche, c'est une crampe qui passe. Si la douleur est très forte, et puis ça ne passe pas, alors on pourrait dire que c'est du *gaz*. »

La mère de la famille Pétrus a nommé une liste d'aliments qui peuvent donner des *gaz*, incluant le chou, le chou-fleur, le brocoli et le maïs moulu. Elle a aussi remarqué que ses enfants ont une sensibilité plus ou moins variable à chacun de ces aliments, de sorte que sa cadette a des maux de ventre et des *gaz* quand elle mange du maïs moulu et de la salade, et

que ses jumeaux ont une sensibilité très grande aux aliments tels que le chou, le chou-fleur et le brocoli. Tous les enfants de cette famille ont eu un point de vue particulier (qui n'a pas toujours coïncidé avec le point de vue de leur mère) sur les causes de ces maux de ventre et des *gaz*. En effet, la cadette est la seule qui a accepté l'explication de sa maman : « Je ne mange pas de salade, ça peut donner des *gaz*, ça donne mal au ventre aussi. » Dans le même sens, sa sœur jumelle a été également d'accord quant au fait que le chou-fleur constitue l'un des aliments donnant des *gaz*, parce qu'il n'est pas facile à digérer. Toutefois, elle ne peut déterminer facilement quels sont les aliments qui lui font du mal, parce qu'elle ne se rend pas toujours compte de ce qu'elle mange : « On mange plusieurs choses en même temps. » Aussi, son jumeau a dit avoir des *gaz* de temps en temps, mais ne pas être certain des aliments qui pourraient lui causer de tels maux. Même s'il dit ne pas bien digérer quelques-uns des aliments nommés par sa mère, comme le chou-fleur, il croit aussi que de tels aliments ne lui font pas toujours du mal : « Moi, ça dépend toujours... quand je ne suis pas capable de le digérer (chou-fleur) ça commence à donner des *gaz*, et ça me fait mal... ça reste coincé là, ça chauffe. » D'une façon générale, le type de nourriture ne constitue pas une source de souci pour les enfants, contrairement ce qu'en croient leurs mères.

D'après la mère de la famille Roney, le fait de manger des aliments sucrés peut donner des maux de ventre, surtout quand ils sont consommés tôt le matin : « Le plus souvent, c'est des friandises... les enfants, ils aiment beaucoup les friandises. Quand on se lève, on n'a pas l'habitude de prendre des choses sucrées... parce que ça aide les maux de ventre, ça encourage, ça précipite les maux de ventre. » Dans le même ordre d'idées, Catherine et Victoire, les deux filles de cette famille, ont insisté sur le fait qu'elles ressentent des maux de ventre après avoir mangé des aliments sucrés. La cadette a établi une liaison causale entre ses premiers maux de ventre et le fait d'avoir mangé une *petite chose sucrée* que quelqu'un lui avait donnée. En outre, la mère de la famille Roney donne des aliments salés à ses filles, surtout en matinée, pour soulager et prévenir les maux de ventre : « Il faut prendre quelque chose de salé, quelque chose avec du sel, pas sucré. » En effet, l'aînée a dit ressentir une amélioration quant à ses maux depuis qu'elle est arrivée à Montréal, considérant qu'elle mange de plus en plus d'aliments salés et de moins en moins d'aliments sucrés.

Les mères croient également que les *gaz* peuvent être causés par le fait d'avoir une alimentation déficiente ou de ne pas manger pendant une période prolongée : « Quand j'ai des *gaz*, quand j'ai des douleurs abdominales, c'est plus souvent lorsque je n'ai pas mangé

d'aliments consistants... des choses comme de la banane, de consommer ce genre de nourriture là. » On peut alors comprendre les maux de ventre comme l'expression d'un estomac vide. À cet effet, la dame de la famille Pétrus juge que les gaz peuvent être perçus comme des bruits et des mouvements dans le ventre, dont les causes sont liées au fait d'avoir l'estomac vide depuis longtemps. Cette mère a précisé, en disant que le fait de ne pas manger pendant un certain laps de temps peut donner des maux de ventre (des *gaz*) parce que l'estomac ne travaille pas bien : « Quand on ne mange pas..., l'appareil de digestion va devenir paresseux, et il ne se trouve pas bien pour travailler... puis ça donne des gaz peut-être. »

La mère de la famille Chauvet, qui a dit ne pas être au courant des maux de ventre dont son fils souffrait, croit que de tels maux de ventre pourraient éventuellement être causés par le fait de ne pas manger : « Peut-être l'enfant, il ne mange pas. Il apporte de la nourriture à l'école et il n'aime pas ça, et puis il n'a pas mangé... Ça, c'est mal, il passe toute la journée sans manger, c'est capable de lui donner des maux de ventre. » D'après cette femme, les maux de ventre peuvent être causés autant par le fait de ne pas manger ou de manger certains types d'aliments que par le fait que son fils mange de la nourriture froide à l'école, et qu'il boit beaucoup de liquides au lieu de bien manger (ce sujet du froid sera traité plus tard, comme une autre catégorie de cause des maux de ventre).

Contrairement à la plupart des femmes rencontrées, la mère de la famille Cadet a tendance à croire que les maux de ventre chez Monique, sa fille, sont occasionnés par le fait de trop manger. Monique, par contre, ne voit pas de liens entre ce qu'elle mange et ses maux de ventre. Enfin, Catherine, l'aînée de la famille Roney, a dit avoir eu des maux de ventre après avoir avalé du plastique : « Parce que je mastique du plastique dans ma bouche et puis je laisse. » Elle a appris cette explication de son père lorsqu'ils vivaient à Port-au-Prince ; d'après lui, avaler du plastique donne des maux de ventre et peut causer une maladie comme l'appendicite.

En général, les fils et les filles des familles Chauvet, Roney et Pétrus ne partagent pas le point de vue de leur mère, ou du moins, ils n'ont pas discuté des aliments qui pourraient être à la source de leurs maux de ventre. Une tendance marquée chez la plupart des enfants est de

ne pas avoir des habitudes alimentaires très ordonnées. Ce sont surtout les mères qui se montrent les plus inquiètes au sujet de l'alimentation des jeunes et qui veulent imposer ou essayer de gérer les habitudes alimentaires de leurs enfants. On peut dire que l'aliment est l'objet de normes et de contraintes (entraînant une dimension morale), et une source de tensions chez ces familles. Plusieurs aspects découlent d'une telle situation. D'un côté, les maux de ventre sont perçus comme une sorte de douleur dérivée d'un excès de plaisir de manger (comme chez la fille de la famille Cadet, dont la mère a parlé de trop manger, ou chez les filles de la famille Roney, dont la mère a dit qu'elles mangeaient trop de sucreries). D'un autre côté, les normes imposées par les mères peuvent être rejetées par les enfants au moyen de voies de sortie, de résistances et de fuites que les enfants empruntent pour se dégager de ce régime. Cela serait, par exemple, le cas de Louis, le garçon de la famille Chauvet, qui n'aime pas manger la nourriture que sa mère lui prépare pour l'école. De même, Catherine et Victoire, les filles de la famille Roney, mangent des sucreries le matin, malgré les interdictions de leur mère et le fait qu'elles pensent que cela leur donne des maux de ventre.

Enfin, les enfants de la famille Pétrus ont rapporté avoir des rapports conflictuels avec la nourriture haïtienne et percevoir cette nourriture comme une des causes possibles de leurs maux de ventre. À cet effet, on pourrait penser à la dimension identitaire de l'alimentation. D'après Roy (2002), l'acteur social entre en contact avec les autres membres de sa propre société, et tout d'abord avec ceux de sa propre famille, par l'entremise de la nourriture. L'aliment insère le mangeur dans un système de significations ; c'est aussi un symbole permettant d'accéder à un statut social et de faire valoir la place qu'on souhaite occuper ou qu'on occupe dans la société (Roy 2002). L'acte alimentaire, en tant que construction sociale, est fondé sur le sentiment d'appartenance ou de différenciation (Vizcaya 1999). Ainsi, le refus et le rejet d'une nourriture peuvent aussi se présenter comme un acte de différenciation par rapport à ce qu'évoque une nourriture en particulier. Selon Vizcarra (1999), l'acte alimentaire est fondateur de l'identité collective et donc de l'altérité. À ce propos, Christine, l'aînée de la famille Pétrus, a dit ne pas aimer la nourriture haïtienne et ne pas la bien digérer, de sorte qu'elle sent que cette nourriture peut lui causer des maux de ventre. Son frère Augustin partage une telle opinion, et ils ajoutent ne pas aimer la nourriture de l'école, notamment les plats qu'ils nomment *végétariens... pour des Arabes*. S'ils ont le choix, ils préfèrent manger des sandwiches. D'après Roy (2002), la nourriture et les manières

de manger constituent un code civilisation, une forme d'accès au droit d'être considéré comme un citoyen à part entière dans un groupe social donné.

La viande de porc est un autre aliment ayant été désigné par la famille Roney comme une cause possible de mal de ventre. D'après la mère, ce type de viande peut contenir des vers, et les personnes qui la consomment peuvent attraper de tels parasites, qui entraîneront des maux de ventre. Cette explication occupe une place secondaire parmi les explications données par cette femme, dans la mesure où ils ne mangent pas fréquemment de la viande de porc à la maison. C'est une explication qui a été apprise par l'entremise des proches et des médecins haïtiens, à l'époque où la famille vivait en Haïti.

La famille Moïse a présenté une perspective différente quant à l'interprétation des maux de ventre. En général, la mère s'est montrée très incertaine en ce qui a trait à l'explication des maux de sa fille Lucie, même si elle a évoqué une explication donnée par ses parents quand elle était petite et qu'elle avait des douleurs d'estomac à Port-au-Prince : « On m'a dit : "C'est des gaz... C'est toujours le gaz qu'on m'a dit". » Par contre, Lucie n'a pas parlé explicitement de *gaz*, mais elle a affirmé qu'au début, elle pensait que ses maux de ventre pouvaient être causés par le fait de ne pas déjeuner les matins et de s'en aller à l'école avec l'estomac vide. Toutefois, autant la mère que la fille croient que l'alimentation n'est pas réellement la cause de ces maux de ventre. À ce sujet, la mère a expliqué : « Parce que c'est depuis qu'elle est bébé, depuis qu'elle est petite, elle a mal au ventre... je ne sais pas, je ne sais pas c'est quoi. » Lucie partage un doute semblable avec sa mère, dans la mesure où elle a prouvé que même si elle mangeait, ses maux de ventre continuaient :

J'avais essayé... je me suis fait des boîtes de céréales, et la journée c'était correct, ça allait mieux. Puis l'autre jour, j'ai essayé de déjeuner le matin, et des fois, j'ai fini de déjeuner et je vais bien. Mais au fil de la journée, ça recommence. Alors, je ne pense pas que c'était pour ne pas déjeuner non plus.

Cette attitude d'incertitude est fréquente dans la plupart des familles. Malgré le fait que les aliments prennent une place très importante, et que leur consommation est classée selon des critères de valorisation positive et/ou négative (de bons aliments et de mauvais aliments, etc.), parfois les maux de ventre débordent la capacité d'un tel classement, ce qui tend à laisser les personnes dans l'incertitude. Il n'est pas évident pour les mères d'associer un sens

définitif aux maux de ventre des enfants, malgré leurs tentatives à cet égard. Quelques mères ont évoqué l'importance de cette quête de sens, tout en reconnaissant jusqu'à un certain point, souvent *a posteriori*, le caractère incertain ou approximatif des sens ainsi construits/découverts.

b. Les activités physiques

Plusieurs des enfants rencontrés (Louis, Lucie et Catherine) croient que le fait de jouer à l'ordinateur, de courir et de faire de l'exercice physique déclenche chez eux des maux de ventre. À cet égard, Louis, le garçon de la famille Chauvet, juge que le fait de jouer pendant longtemps à l'ordinateur, et plus particulièrement le fait de jouer à des jeux vidéo, représente la principale cause de ses maux de ventre. Quand il ressent ces douleurs, il arrête de jouer à l'ordinateur et boit de l'eau, ce qui fait en sorte que ses maux de ventre finissent par passer.

Lucie, la fille de la famille Moïse, et Catherine, l'aînée de la famille Roney, ont pour leur part expliqué avoir éprouvé des maux de ventre quand elles ont fait des efforts physiques comme courir. Catherine a spécifié : « Des fois, quand je cours trop, j'ai des maux de ventre... quand je viens dîner ici (à la maison familiale), et puis je reste trop, et puis je dois courir pour aller à l'école... dans une partie de mon ventre, je sens que j'ai mal au ventre. » Lucie, de son côté, a raconté avoir ressenti plusieurs fois des maux de ventre pendant les cours d'éducation physique à l'école :

Je me rappelle qu'un jour, quand j'étais en éducation physique, et comme en éducation physique on doit courir, on devait faire dix-sept minutes (de course). Mais je n'ai pas couru. Et j'ai expliqué à mon professeur que j'avais trop mal au ventre, et que, sinon, j'allais commencer à vomir sur moi. Ça fait que je suis restée assise sur mon banc, et que je n'ai pas pu faire mon cours d'éducation physique. Je ne peux pas courir, parce que quand je cours, j'ai encore plus mal. Puis, des fois, je ne peux pas même bouger, et je dois rester assise, parce que quand je me mets à bouger, j'ai des maux de ventre.

La documentation traitant de la médecine créole en Haïti ne fait pas référence à la pratique de l'exercice physique ou encore aux jeux vidéo comme de possibles explications des maux de ventre. Le seul élément pouvant y être associé concerne le manque de repos, dans la

mesure où il est considéré, dans la médecine créole haïtienne, comme un comportement qui peut être néfaste pour le corps (Laguerre 1987)²⁹.

c. La température

Quelques familles considèrent la température comme l'un des facteurs pouvant être autant une cause des maux de ventre qu'un moyen de les soulager. C'est à partir des principes opposés du froid et du chaud que la température a été abordée par les répondants. En ce qui concerne les causes des maux de ventre, c'est surtout le froid qui a été mentionné (quelquefois en utilisant le mot créole *fred*). Un tel facteur peut agir de différentes façons, que ce soit en se mettant en contact avec des objets froids et des espaces froids, en mangeant de la nourriture froide ou en buvant des boissons froides. En ce qui concerne le soulagement de ces douleurs, c'est le type de mal de ventre qui détermine si la personne doit utiliser des moyens froids ou des moyens chauds. La plupart du temps, les participants ont expliqué se servir de moyens chauds pour se soulager.

L'aînée de la famille Roney pense que ses maux de ventre sont causés par le froid qui pénètre dans son corps quand elle marche sans chaussures : « Moi, j'ai pensé que c'était à cause que mes pieds, je les mettais nus au-delà du sol, qui faisait froid... j'ai pensé que c'était à cause de ça, quand je marche pieds nus à la maison... quand la neige est glacée, et puis je marche. » Sa mère partage le point de vue de sa fille et ajoute une remarque dont elle a entendu parler dans son milieu social d'origine. À Port-au-Prince, on dit que les jeunes filles qui commencent à avoir leurs menstruations et qui entrent en contact direct avec des surfaces froides (comme le sol ou les vêtements) sont susceptibles de développer des maux de ventre à l'âge adulte et dans la vieillesse :

Quand une jeune fille allait se former, et si elles ont l'habitude de mettre les pieds par terre comme ça, elles pourraient attraper du froid qui pourrait entraîner encore des maux de ventre. Le mal au ventre prémenstruel est attribué à des négligences qu'on a l'habitude de faire au moment de l'adolescence... et puis ça peut donner de la suite à l'âge adulte et à la vieillesse aussi³⁰.

²⁹ Le fait que cette explication soit ressortie dans les récits des enfants des familles d'origine haïtienne, de même que dans les explications données par des enfants issus des familles d'autres origines dans le cadre du projet principal dans lequel ce mémoire s'insère (chez les familles latino-américaines, par exemple), se veut un aspect important à souligner et sur lequel réfléchir.

³⁰ Une certaine documentation sur la médecine créole haïtienne indique que plusieurs concepts présents dans cette médecine véhiculent et s'articulent autour de cette opposition. Un des objectifs de la médecine

Le refroidissement corporel a parfois été désigné par le mot créole *fred* :

On dit souvent en Haïti que cette personne a de « fred », « fred ». Ça veut dire qu'elle a du froid, qu'elle a des symptômes de maux de ventre, et qu'elles ont attrapé par des négligences, qu'elles sont restées avec des vêtements mouillés très longtemps, ou qu'elles ont laissé les pieds par terre de bon matin. On dit ça souvent.

Les mères sont les répondantes ayant principalement utilisé ce terme. Les enfants n'ont presque jamais utilisé le mot *fred*, même si quelques-uns ont fait référence au froid comme à une des causes de leurs maux de ventre. En ce qui a trait aux familles Moïse et Pétrus, elles n'ont pas parlé de la température ou du froid lorsque le temps est venu d'expliquer l'apparition des maux de ventre chez les enfants.

5.1.2. Les causes biologiques

a. Les virus et les microbes

Les virus, les microbes et les maladies qui sont transmis par la voie de la contagion ou de la contamination ont aussi occupé une place importante dans les explications fournies par quelques familles participantes (notamment par les familles Roney et Pétrus). Parmi les principaux virus nommés, on retrouve la gastroentérite et la malaria, qui sont associées à des environnements quotidiens comme l'école et le transport en commun. Elles ont également mentionné des microbes qui se propagent par différents moyens, par l'air, par l'eau du robinet, par la viande de porc, etc.

La mère de la famille Roney croit que les maux de ventre chez Catherine et chez Victoire, surtout ceux qui sont ressentis par l'aînée, pourraient être associés à la malaria. Elle s'appuie sur le fait que sa fille Catherine a eu plusieurs fois la malaria lorsque la famille vivait en Haïti : « La malaria, ça donne aussi des maux de ventre terribles, des fortes douleurs, avec des vomissements et mal à la tête. On a souvent dit, quand on a de la malaria, les intestins, on a souvent dit que ça a tendance à s'arrêter. » D'après elle, les microbes ou les germes qui transmettent cette maladie se trouvent dans l'eau du robinet. Elle conseille donc à ses

créole est ainsi d'éviter les passages brusques d'un état froid à un état chaud, et inversement, puisque ces imprudences peuvent conduire à des maladies. De même, cette approche thérapeutique cherche à rétablir un état d'équilibre entre les corps et l'environnement, en suivant une diététique qui tient compte de la nature chaude ou froide des aliments (Moretti 1991, Laguerre, 1987).

enfants de ne pas boire de l'eau du robinet et elle essaie toujours de leur donner de l'eau en bouteille.

Les vers ont aussi été mentionnés par la mère de la famille Roney comme un type de microbe donnant des maux de ventre. Ceux-ci peuvent être transmis en mangeant de la viande de porc ou avoir été transmis génétiquement, surtout par le lignage maternel :

Le plus souvent, on attribue ça à la race noire... on a dit ça provienne de la viande de porc, ça donne beaucoup de vers. Mais moi, je ne la consomme presque pas. Chez les enfants, on a souvent dit que c'est héréditaire, par exemple, si la maman a des vers, alors immédiatement, l'enfant en a ça. Je pourrais le prendre à partir de ma maman, peut-être ma maman en a aussi, le plus souvent elle a eu des traitements médicaux pour les vers quand elle avait 14 ou 16 ans.

Dans l'explication donnée par cette mère, des idées liées à la génétique, à l'hérédité par le lignage maternel et à la vulnérabilité de la race noire par rapport aux vers sont rassemblées³¹.

Pour leur part, les membres de la famille Pétrus ont également parlé d'une maladie transmise par contamination et qui pourrait expliquer les maux de ventre. Il s'agit de la gastroentérite ou *gastro*. En effet, tous les maux de ventre ressentis par Augustin, par Christine et par Caméla ont été classés et compris dans le cadre de cette maladie, et ceux-ci ne remarquent pas d'autres caractéristiques qui permettraient de situer ces douleurs en dehors du cadre sémiologique de la gastroentérite. Ces maux de ventre sont, d'après eux, toujours liés à la gastroentérite. De plus, étant donné qu'ils considèrent ces douleurs comme faisant partie d'un cadre symptomatologique plus ample, ils ne considèrent pas que ces maux de ventre constituent un problème. Ainsi, les trois enfants et leur mère ont dit ne pas faire attention aux maux de ventre et ne pas chercher d'aide médicale parce qu'ils ne sont pas particulièrement graves. La façon dont cette famille conçoit cette maladie s'approche d'un point de vue biomédical, dans la mesure où il s'agit de la lecture d'un syndrome ou de la configuration stable et répétée des mêmes signes (Barthes 1985 : 278). Une telle conception de la maladie a été apprise des médecins rencontrés par cette famille, dans les services

³¹ Dans certains écrits concernant la médecine créole haïtienne, on trouve que les vers sont documentés comme quelque chose qui s'attrape, notamment par l'alimentation, comme dans les fruits verts, par exemple (Moretti, 1991).

d'urgences hospitalières. En effet, la gastroentérite a toujours été le diagnostic donné par les médecins depuis que les enfants sont petits. Par ailleurs, la mère de cette famille ne cherche pas d'aide médicale, sauf si ses enfants ressentent l'ensemble des symptômes associés à la gastroentérite (soit de la diarrhée et des vomissements en même temps), car à son avis, les maux de ventre ne constituent pas un problème en soi.

La notion de contamination est fondamentale dans la façon dont la famille Pétrus explique les problèmes du ventre. Ainsi, la gastroentérite est conçue comme une maladie contagieuse, un virus ou un microbe pouvant s'attraper facilement dans les endroits publics où les enfants et leur mère se rendent quotidiennement, comme la garderie, l'école et le transport en commun. La femme pense que ses enfants ont contracté plusieurs fois cette maladie depuis qu'ils sont petits : « Quand les enfants commencent à aller à la garderie, ils ramassent des microbes et ils sont tombés malades souvent. » Ils sont également tombés malades plusieurs fois après avoir contracté la gastroentérite dans d'autres endroits publics fréquentés quotidiennement, surtout à l'école.

D'après cette famille, une fois que la gastroentérite a été *attrapée* par l'un des enfants, il y a une forte tendance que les autres membres de la famille soient contaminés :

Le problème, c'est tellement attrapant que si un est attrapé, moi je sais que les trois. Parce qu'on ne peut pas les séparer, ils jouent, ils sont ensemble, ils sont à la maison. Les jumeaux, quand un a quelque chose, ça ne prend pas beaucoup de temps pour que l'autre attrape. C'est attrapant.

Les trois enfants sont d'accord avec ce que leur mère a dit. Ainsi, ils pensent que la gastroentérite et les différents symptômes qui y sont liés sont propagés au sein de la famille, d'une manière presque inévitable : « Des fois, quand on a la gastro, ma mère l'attrape aussi... parce quand elle s'occupe de nous trois, elle l'attrape aussi. »

La notion de contamination joue un rôle important dans la manière dont les membres de cette famille expliquent et comprennent leurs problèmes de ventre. C'est une notion qui semble avoir pour trame de fond l'idée d'une contagion biologique (contagion par des microbes et des virus) et également d'une contamination sociale, par le biais d'interactions entre les personnes, de la communication et du partage d'un espace public. D'un autre côté,

l'expérience de cette maladie n'affecte pas seulement les enfants, considérant qu'elle touche les autres membres de la fratrie et leur mère. Non seulement les membres de la famille sont inquiets quand l'un d'entre eux est atteint de la maladie, mais ils sont parfois contaminés par la maladie, la gastroentérite se propageant à tout le corps (familial).

b. D'autres maladies

En plus des explications associées aux virus et aux microbes, quelques mères ont accolé d'autres significations biologiques aux maux de ventre. Toutefois, ces explications revêtent un caractère plus incertain que les premières, du fait qu'elles n'ont pas toujours été vérifiées auprès des enfants. En réalité, elles ont été apprises des expériences de maux de ventre chez d'autres personnes et elles constituent une sorte de sens latent, ouvert à la vérification. Parmi ces explications, se trouvent les cycles menstruels, la génétique et les fibromes.

D'abord, même si les douleurs menstruelles ne sont pas perçues comme une maladie, elles ont été évoquées par les familles Roney, Pétrus et Moïse au moment de penser aux origines des maux de ventre chez les filles. De telles douleurs sont perçues comme plus ou moins semblables aux maux de ventre, pouvant même parfois se confondre. Lucie, la fille de la famille Moïse a déclaré :

Des fois, c'est plus fort, des fois c'est moins fort (le mal au ventre). C'est seulement ça que je pourrais dire. Quand je n'ai pas mes règles, c'est plus fort. Des fois, j'ai mal au ventre, mais moins. Puis des fois, même si j'ai mes règles, c'est la même douleur, je ne sais pas.

Sa mère ne perçoit pas non plus de différence entre les deux types de douleurs :

Je ne sais pas comment ça peut arriver... mal au ventre sans règles, mal au ventre avec règles... même si elle n'a pas de règles, elle a des maux de ventre toujours. Même si elle a des règles, la même chose... Je n'ai pas vu la différence.

Quoique la distinction entre les maux de ventre et les douleurs menstruelles ne soit pas toujours évidente, quelques filles peuvent les différencier en fonction de l'endroit du ventre d'où proviennent ces douleurs. Elles ont tendance à ressentir les maux de ventre plus haut dans le ventre lorsqu'il ne s'agit pas de douleurs menstruelles, et elles peuvent ainsi distinguer les causes des deux types de maux en fonction de leur localisation dans le corps.

Pour d'autres femmes, comme la mère de la famille Roney, les cycles menstruels sont une cause possible des maux de ventre dont elles ont entendu parler. Néanmoins, ils demeurent une explication latente qui peut être remise en question à chaque épisode de mal de ventre. De plus, étant donné que les douleurs menstruelles ne sont pas toujours clairement différenciables des maux de ventre, quelquefois les femmes de la famille Pétrus se trouvent dans la confusion à cet égard, et les maux de ventre deviennent alors moins préoccupants en eux-mêmes.

En deuxième lieu, la mère de la famille Roney a été la seule personne ayant mentionné l'hérédité comme cause possible des maux de ventre chez ses filles. À ce sujet, elle a dit que dans son milieu familial, en Haïti, il y a des gens qui croient que les vers transmis dans la viande de porc causent des maux de ventre, et qu'une telle sensibilité est le propre de la race noire et qu'elle est transmise génétiquement par le lignage maternel. Cependant, elle n'affirme pas que les maux de ventre chez ses filles ont une telle origine, seulement que c'est une possibilité :

Chez les enfants, on a souvent dit que c'est héréditaire. Par exemple, si la maman a des vers, alors immédiatement l'enfant en a. Mais le plus souvent, on attribue ça à la race noire. On a dit ça provient de la viande de porc, on dit on a mangé, et puis ça donne beaucoup de vers, ça contient beaucoup de vers. Mais moi, je ne la consomme pas beaucoup, je ne la consomme presque pas. Mais je pourrais le prendre à partir de ma maman, et peut-être, oui ma maman en a aussi... le plus souvent, elle a eu des traitements médicaux pour les vers quand elle avait 14 ou 16 ans.

La mère de la famille Pétrus a également évoqué le sujet de l'hérédité. Cependant, elle a nié la possibilité que les maux de ventre de ses enfants soient une conséquence de l'hérédité familiale, considérant qu'elle-même et son mari n'ont pas de problèmes de ventre.

En dernier lieu, la mère de la famille Cadet a été la seule à parler de fibrome comme explication possible des maux de ventre. Toutefois, elle n'a pas dit que les maux ressentis par sa fille sont causés par un fibrome. Elle envisagerait cette explication seulement si les maux de ventre deviennent assez fréquents, comme elle l'a déjà observé chez d'autres personnes ; mais étant donné que sa fille n'a pas de douleurs très fréquentes, elle ne croit pas que ce soit le cas.

5.1.3. Les causes sociales

La plupart des familles ne font pas d'association ou n'établissent pas de relation causale entre les contextes sociaux dans lesquels les enfants se trouvent et leurs maux de ventre. Du moins, ils ne perçoivent pas, de manière explicite et/ou consciente, de possibles liaisons à ce niveau-là³². Cependant, des filles comme Catherine, Victoire, Christine, Caméla ou encore les membres de la famille Roney pensent que l'ambiance sociale les entourant peut avoir une influence sur leurs émotions et sur le déclenchement de leurs maux de ventre.

a. Les tensions scolaires

Victoire, la cadette de la famille Roney, a dit éprouver des maux de ventre lorsqu'elle fait ses devoirs scolaires et pendant certains cours à l'école. Considérant qu'elle a mentionné ressentir des maux de ventre et des maux de tête lorsqu'elle fait ses devoirs scolaires, on peut penser à un rapport entre ses douleurs et les tensions qu'elle ressent à cause des exigences scolaires : « J'ai parfois des maux très forts, et parfois j'ai mal à la tête... quand j'ai fait mes devoirs, et quand je suis avec les livres... toujours, toujours, j'ai mal au ventre. » Victoire situe également la cause de ses douleurs dans le fait de vouloir uriner, mais de ne pouvoir aller aux toilettes tout de suite : « Parfois, quand je ne vais pas (aux toilettes) pendant la récré, ça fait plus mal, à 11 heures, ça fait mal, mal, mal... et je m'assoie, et quand je me lève, ça crampe, et puis ça fait vraiment mal. »

De façon semblable, Caméla, la plus jeune fille de la famille Pétrus, dit avoir éprouvé des problèmes de ventre (gastroentérite) durant une période de sa vie où il y avait des tensions sur le plan scolaire. Lorsqu'elle a commencé sa troisième année, on a exigé qu'elle démontre des habiletés de lecture et d'écriture dont elle ne se sentait pas capable. Elle a alors ressenti beaucoup de pression :

C'était un mauvais moment, parce que je ne pouvais pas travailler, à cause qu'en première année et en deuxième année, je ne savais pas comment écrire, je ne savais pas comment lire. Puis, à plusieurs fois de redoubler ma deuxième année, ils m'ont fait former en troisième année... Cette année, j'ai eu une fois la gastro à l'école, et une fois à la maison. Quand j'étais entrée en classe, je commençais à travailler, mais j'avais des crampes.

³² Contrairement aux tendances retrouvées dans d'autres familles étudiées dans le cadre de la recherche élargie.

Caméla a également établi un rapport entre les maux de ventre qui lui arrivent parfois à l'école et les sentiments de tristesse qu'elle y ressent. Malgré qu'elle n'ait pas donné de détails concrets sur de telles situations, elle a dit avoir eu la gastroentérite après avoir appris que des personnes disaient de mauvaises choses à son sujet :

Si vous dites qu'il y a un rapport entre l'école et la gastro, moi je pense que c'est à cause que... des fois, il se passe des choses à l'école, des choses qui se passent dans mon dos, et que je ne savais pas, et que je devrais savoir... je suis triste. Puis, je me sens trop mal. Puis, une fois ça m'est arrivé... de vomir.

Les cadettes des familles Rodney et Pétrus ont été les seules qui ont fait des observations concernant le lien entre leur état émotionnel et les maux de ventre. Elles ont fait ces remarques en réfléchissant à leurs propres expériences, mettant l'emphase sur un contexte social immédiat (comme les capacités scolaires ou les relations avec leurs amis à l'école). Pour leur part, les mères jugent que les problèmes de ventre de leurs filles ont possiblement pour motifs certaines conditions macrosociales, comme l'insécurité sociale vécue en Haïti, la recomposition de leur famille et les conditions économiques précaires dans lesquelles elles se trouvent³³.

b. Le contexte migratoire

Les interviews témoignent de deux tendances principales en ce qui a trait à la perception du processus migratoire comme possible cause des maux de ventre chez les enfants et du mauvais état de santé de la famille en général. D'un côté, chez la famille Roney (et quelques autres familles) on a remarqué une diminution de l'intensité et de la fréquence des maux de ventre chez les filles depuis leur arrivée au Canada (environ cinq mois avant l'interview). À ce propos, la cadette de cette famille pense que le fait de se sentir plus tranquille à Montréal, en comparaison à sa vie à Port-au-Prince, a un rapport avec l'amélioration de ses douleurs : « En Haïti, c'est plus grave qu'ici, à Montréal... parce qu'ici, je me sens plus à l'aise... c'est plus calme. Moi, je commence à m'améliorer. » Dans le même sens que sa fille, la mère considère que le fait de vivre une vie plus tranquille, loin de l'insécurité et des menaces qui pesaient sur sa famille en Haïti, a une influence positive sur la santé des membres de sa

³³ Dans la documentation traitant de la médecine créole, on ne trouve presque pas de référence aux influences que l'environnement social a sur les maladies du ventre. Les seules allusions trouvées à ce propos signalent que les émotions fortes et les conditions familiales et économiques difficiles sont considérées comme de possibles facteurs de maladie (Farmer 1988).

famille en général, et plus spécifiquement sur les maux de ventre dont ses filles souffrent. Pour sa part, l'aînée n'a pas insisté autant sur ce sujet, mais elle n'a pas nié non plus le fait qu'elle se sente mieux depuis son arrivée à Montréal.

D'un autre côté, certaines personnes jugent que les conditions de vie après leur migration au Canada ont eu des effets néfastes sur leur état de santé. À ce propos, la mère de la famille Pétrus dit se sentir elle-même malade depuis qu'elle est arrivée à Montréal. Elle ne comprend pas bien les causes de son mauvais état de santé et des maux de ventre de sa fille. Toutefois, elle parle de la solitude, de la perte de ses liens sociaux, de l'abandon de son mari et des difficultés économiques auxquelles elle a dû faire face. La mère de la famille Pétrus a aussi parlé des difficultés économiques et de la solitude vécues durant ses premiers jours à Montréal ; elles seraient les conditions qui favoriseraient les problèmes du ventre de ses trois enfants (parmi d'autres problèmes de santé dans la famille). Le point de vue de cette femme représente un bon exemple du concept de *souffrance sociale*, dans la mesure où le mauvais état de santé et le développement de certaines pathologies se veulent l'effet de certaines configurations sociétales. La souffrance sociale comprend différentes dimensions humaines liées à la santé et à la morale dont les causes se trouvent au niveau des conditions de vie imposées par les pouvoirs économiques, politiques et institutionnels (Kleinman *et al.* 1997, Soulet 2007).

c. Les causes morales

La plupart des familles ne perçoivent pas ces maux de ventre comme très graves, très forts et/ou très fréquents. Par conséquent, ces maux ne posent pas un problème particulièrement inquiétant pour ces mères et leurs enfants. Bien qu'ils soient dérangeants et désagréables pour les plus jeunes, ils ne constituent pas, à vrai dire, une préoccupation importante dans leurs vies quotidiennes. En effet, la plupart des mères et des enfants laissent habituellement passer ces maux ou encore entreprennent des actions relativement simples qui permettent de les faire passer³⁴. À ce sujet, Augustin, le garçon de la famille Pétrus, a dit simplement laisser passer ses maux de ventre et endurer la souffrance qui leur est associée. On pourrait élargir une telle attitude stoïque face aux maux de ventre à l'ensemble des familles participantes. D'après une telle vision, les personnes font face à ces douleurs sans s'en

plaindre beaucoup et en essayant de les soulager et de les surmonter par elles-mêmes. De plus, la mère de la famille Roney a évoqué une autre idée à la base de sa vision du monde sur sa façon de comprendre les maladies en général. Ainsi, d'après cette femme, les maladies, les malaises et tout malheur peuvent être l'effet d'une mauvaise conduite morale : « C'est la conséquence du péché qui nous rend malades. » Selon la vision judéo-chrétienne présentée par cette mère, il est possible que les personnes tombent malades à cause de leurs défauts envers Dieu, et parce qu'ils se laissent aller dans les tendances du diable. Néanmoins, elle affirme que, dans le fond, ce qui prime, c'est le désir du bonheur de Dieu envers les hommes. Dans ce sens, les problèmes de santé sont compris et vécus comme des expériences passagères auxquelles il faut faire face, mais qui finiront par passer.

D'ailleurs, la fréquence et l'intensité de ces douleurs ne sont pas considérées comme très graves et, dans la majorité des cas, ces personnes ne croient pas que ces douleurs sont arrivées à leurs limites extrêmes. Par conséquent, ces maux de ventre ne sont pas perçus comme un problème en soi ou comme un signe de maladie qui requiert une attention immédiate ; ainsi, ces familles s'y sont, dans une certaine mesure, accoutumées. Pour toutes les familles rencontrées, ces douleurs semblent se confondre avec leur vie normale et se mêler à leurs activités quotidiennes.

Parmi les sens accordés aux problèmes de ventre, certains les considèrent comme une affaire qui appartient à la vie privée des enfants et des familles. Les enfants de la famille Pétrus partagent notamment ce point de vue. Ils considèrent que les maux de ventre font partie de leur vie privée et ils n'en parlent donc à personne à l'extérieur de leur famille. En revanche, ils ont tendance à se replier sur eux-mêmes et sur leur famille nucléaire, faisant de leurs problèmes de ventre une partie de leur vie privée. Ainsi, Augustin, le garçon de la famille Pétrus, affirme : « On le garde secret... des fois, on ne le dit pas même au professeur. » Le sens que ces problèmes de ventre ont pour ces enfants est renforcé par les regards discriminatoires qu'ils ressentent de la part des personnes de leur entourage. Ainsi, Christine et Caméla, les deux filles de la famille Pétrus, préfèrent ne pas parler de leurs douleurs, car elles craignent d'être signalées comme porteuses d'une maladie contagieuse :

³⁴ On parlera des réactions et des actions entreprises par rapport aux maux de ventre plus en profondeur dans le chapitre suivant.

« Parce qu'il y a des gens qui le prennent mal, il y a des gens qui disent : "Ah! la personne a des microbes..." Des fois je ne le dis pas, je ne suis pas une fille qui dis... Je peux avoir mal au bras, mais je ne vais pas le dire. »

5.2. Des explications latentes

Les familles rencontrées ont tendance à concevoir les maux de ventre comme des douleurs dont l'explication est plutôt incertaine et ouverte, ce qui nous permet de dégager deux idées. D'une part, étant donné que ces maux sont conçus comme une sorte de maladie dont l'explication et la signification ne sont pas certaines, mais qu'ils restent latents, potentiels et ouverts, on peut penser qu'ils sont le lieu d'une entreprise de syncrétisme, de métissage et de reconfigurations. En effet, les multiples explications et significations exposées par la plupart des participantes de cette recherche démontrent que l'interprétation de ce problème de santé se trouve dans un constant processus de reconfiguration dans lequel plusieurs significations partagent la scène. On peut constater que les maux de ventre dont ces enfants souffrent ne sont pas de simples répertoires de savoirs populaires ou médicaux, et qu'ils ne sont pas réductibles ni à des réseaux réifiés de significations, ni à des modèles explicatifs ou à des théories formalisées. Des auteurs tels Vonarx (2005) et Brodwin (1996) ont démontré que les catégories et les significations des maladies, qui résultent de la rencontre de différentes traditions de soins de santé, ne représentent pas des entités culturelles statiques ou monolithiques, mais qu'elles peuvent être syncrétiques et plus ou moins mêlées. Fluidité, syncrétisme, métissage, hybridation et créolisation sont autant de termes tentant de rendre compte de nouvelles formes de savoirs sur soi, sur la santé et sur le soin émergeant à partir de l'ailleurs et du local, de la recombinaison de l'ancien et du nouveau (Bibeau 2000 : 33).

Ainsi, comme d'autres études sur les conceptions de la santé et de la maladie chez des immigrants d'origine afro-américaine en Amérique du Nord l'ont démontré, les participantes de cette recherche témoignent de métissages et d'hybridations de termes et de significations empruntés de différentes matrices culturelles³⁵ (comme le *gaz*, le froid, le virus, la *gastro*, le fibrome). Le concept de *métissage* instauré par Laplantine et Nouss (1997) renvoie à un phénomène dont la dynamique est celle de la confrontation, de l'alternance, du dialogue et des disjonctions, et non pas exclusivement de la cohésion, de la fusion et des conjonctions.

Ainsi, selon ces auteurs, le métissage constitue un phénomène éminemment diversifié et en perpétuelle évolution, dans lequel il n'y a pas de règles et dans lequel l'anticipation et la prévisibilité ne sont pas possibles³⁶ (Laplantine et Nous, 1997 : 10).

De plus, il semble que l'attribution d'une ou de plusieurs significations à une situation est nécessaire au maintien d'une cohérence dans l'univers d'une personne ou d'une famille. La sphère sociale et culturelle fournit un ensemble de significations qui permettent d'inscrire l'expérience dans l'histoire d'une collectivité (Rousseau 1998). D'après Bibeau (1991 : 51), l'analyse des récits de maladie permet de révéler qu'en général, il y a plusieurs points de vue par rapport au même problème dans une certaine communauté. Ainsi, il y a toujours une diversité de façons d'envisager les problèmes ou différentes lectures du même problème dans une même communauté. Dans un contexte de pluralisme médical, les discours étiologiques sur les maladies de l'enfant et les représentations se construisent notamment dans l'interaction, entre savoir spécialisé et non spécialisé, lors de situations de communication, lors de contacts successifs avec les professionnels de la santé et aussi avec les personnes de l'entourage qui émettent un avis sur la maladie (Desclaux 1996, Flick 1992).

À ce propos, il est possible de citer l'une des principales idées soutenues et explicitées par la mère de la famille Pétrus en ce qui concerne les causes des maux de ventre chez ses enfants :

Des fois on dit : c'est quoi ?... On cherche toujours c'est quoi... si c'est des crampes et c'est douloureux... on commence à faire de l'imagination, c'est quoi que à cause de ça ? ... on cherche c'est que j'ai donné comme nourriture, est-ce que c'est ça qui cause ça ? Mais on reste... on laisse aller à l'imagination. Moi, je me demande si c'est des microbes. ... je ne sais pas... Je pose la question est-ce que c'est à cause de l'environnement ?

La quête de sens signalée par cette mère et qui apparaît comme une tendance chez les mères participantes converge ainsi avec ce qui a déjà été signalé par quelques auteurs. La sphère

³⁵ La « matrice culturelle » renvoie à l'environnement social et culturel dans lequel les idiomes de souffrance s'inscrivent (Bibeau 1997 ; Hannerz 1993).

³⁶ Le *métis* est ce qui, chez les Grecs, s'oppose au *logos*. Le *métis*, l'intelligence pratique, la ruse, représentent tout ce qui s'échappe de l'ordre du monde à partir du *logos* (à partir d'un pouvoir fondé sur la science, sur la capacité de décrire un monde rationnel, ordonné, gouvernable). Le *métis* se passe dans les interstices (Foucart 2007).

sociale et culturelle fournit un ensemble de significations qui permettent d'inscrire l'expérience dans l'histoire d'une collectivité (Rousseau 1998).

Le fait d'attribuer un sens particulier à une situation, à une détresse ou à souffrance se présente comme un besoin humain, au sens où la croyance amortit le choc du réel et permet l'ouverture aux autres (Foucart 2007). L'attribution d'une ou de plusieurs significations à une situation est nécessaire au maintien d'une cohérence dans l'univers d'une personne ou d'une famille. Le non-sens est lié à la rupture avec le normatif, à la brisure des fondements, à la chute dans l'indéterminé et à la disparition de tout projet. Il peut provoquer une fragilisation des repères. D'après Foucart (2007), le non-sens est spécifique à l'angoisse où tout bascule dans le chaos et dans la confusion. Cette angoisse peut provoquer une souffrance qui renferme l'homme sur lui-même en l'opposant à la communication (Foucart : 2007). On observe que les familles participantes de cette recherche restent toujours dans l'incertitude par rapport aux causes des maux de ventre chez leurs enfants. De plus, elles ont de la difficulté à mettre en mots tout ce qui concerne les motifs de ces douleurs. À ce propos, la mère de la famille Cadet a noté : « Je ne peux rien dire, je ne peux pas l'expliquer... c'est quoi qui lui donne mal au ventre ? Je ne sais pas. »

Un tel caractère inachevé sur le plan de la signification des maux de ventre peut être envisagé comme un espace qui n'est pas domestiqué ou qui n'est pas encore capturé dans un ordre culturel quelconque. Mais en général, ce qu'on observe, c'est une oscillation entre deux tendances, soit l'inclination à doter la signification et la tendance à être dans un vide de sens, dans quelque chose de sombre, telle que la mère de la famille Pétrus l'a exprimé : « Comme des mamans, on reste toujours dans l'inquiétude, surtout quand ils sont petits, quand ils ont quelque chose et ils ne peuvent pas s'exprimer... c'est le plus difficile, c'est plus comme s'ils nous laissent dans l'inquiétude. »

Cette tendance à rester dans une sorte de vide ou de seuil culturel, entre le codé et le non codé, entre l'individuel et le social, a aussi été rapportée par d'autres anthropologues médicaux. Ainsi, Good (1998) parle du fait que la maladie est pleine de « blancs », de ce qui reste inconnu et inconnaissable (Good 1998 : 336). D'après Corin (1998), c'est dans cet

espace où les mots paraissent atteindre leur limite, à travers des blancs et des trous de sens, que la culture se fait plus présente par ses défaillances et par ses manques, par une impression d'appauvrissement ou de nivellement, par la force articulatoire de ses symboles collectifs. C'est de la culture en tant qu'ordre symbolique dont il serait question ici. D'après Corin, dans la clinique en contexte d'immigration, la dérive et le manque semblent s'approfondir de manière vertigineuse. La distance en soi implique toute souffrance psychique et elle se voit redoublée par la perte de repères culturels signifiants qui sont porteurs d'un sens virtuel, même si celui-ci paraît inaccessible pendant un temps (Corin 1998).

En général, les familles participant à cette recherche n'identifient pas de situations particulières qui représenteraient des contextes favorisant l'apparition et la répétition des maux de ventre chez leurs enfants. Tel que nous l'avons montré dans le chapitre concernant les signes et les symptômes, ces maux de ventre sont perçus comme des expériences irrégulières dans leur fréquence et leur intensité, ce qui les rend difficiles à classer d'après des mesures quantitatives ou d'après un ordre chronologique. Dans une étude réalisée par Good (1989) chez des malades épileptiques en Turquie, ces crises semblent survenir sans cause apparente, sans lien avec un événement causal reconnu, et elles sont dépourvues d'intrigue, il n'y a pas de début ni de fin possible. Dans le même sens, la plupart des personnes interviewées n'ont pas de souvenirs exacts des premiers maux de ventre de leurs enfants, elles n'établissent pas une causalité précise, et en général, elles n'organisent pas l'histoire de ces maux dans un ordre temporel quelconque (du moins, elles ne l'ont pas fait d'une façon explicite). Bref, la plupart des familles ne pensent pas que ces douleurs aient un rapport avec le contexte social qui entoure les enfants ou avec les expériences personnelles vécues par eux au moment de l'apparition des symptômes. À ce propos, Lucie, la fille de la famille Moïse, a affirmé :

Il ne s'est rien passé à l'école. Ce n'est pas à cause de quelque chose qui s'est passé que j'ai mal au ventre. Je ne pense pas que c'est à cause de ça. Et même si j'avais des problèmes avec mes amis ou mes professeurs, je ne pense pas que c'est à cause de ça que j'ai mal au ventre.

a. En attendant le diagnostic médical

Il y a deux tendances principales chez les familles en ce qui concerne l'explication et la guérison des maux de ventre. D'un côté, elles attendent la réponse des médecins. D'un autre côté, elles essaient de trouver une ou plusieurs significations. Les interviews nous ont permis de constater que le médecin est doté de beaucoup de pouvoir envers les répondants ; même si le médecin est toujours remis en question, la croyance et le respect de son autorité n'en sont pas moins omniprésents. L'incertitude vécue par ces familles a été quelquefois nourrie par ce que les médecins leur ont dit ou encore par ce qu'ils ne leur ont pas dit. Dans la majorité des cas, c'est l'absence d'un diagnostic médical qui tend à confirmer et à renforcer le sentiment d'incertitude des répondants. Les mères des familles Chauvet, Pétrus et Moïse constituent de bons exemples à cet égard. Ainsi, malgré le fait que ces femmes aient essayé à plusieurs reprises de trouver une explication aux maux de ventre, elles n'ont pas réussi à le faire ; elles sont allées chez le médecin, mais elles n'ont pas trouvé d'explication satisfaisante. Leurs sentiments d'incertitude et de désespoir ont alors grandi, car elles croyaient que le médecin était la personne la plus apte à leur fournir l'explication et la solution des maux de ventre. Lucie, la fille de la famille Moïse affirme, dans ce sens : « Je n'ai pas une réponse... si j'avais eu une réponse, le médecin me l'aurait dit... mais il me dit toujours que je n'ai rien, que c'est un peu de repos de ce que j'ai besoin. »

Bien que les problèmes de ventre dont souffrent ces enfants n'aient presque jamais reçu de diagnostic médical, nous ferons référence à des *troubles fonctionnels de l'intestin*³⁷. Un malaise est classé comme un désordre de la fonction gastro-intestinale quand aucune anomalie biochimique ou anatomique isolée ne peut, à elle seule, expliquer l'apparition d'une douleur abdominale chez la personne. Même avec les avancées scientifiques et médicales, les troubles fonctionnels sont mal connus, et la médecine n'a pas d'explications, de réponses et de traitements efficaces pour ce type de problème (Cathébras : 2006). Bien que ces symptômes ne puissent se traduire par une manifestation organique, ils ont été rapatriés sous la rubrique des maladies ou des syndromes fonctionnels³⁸.

³⁷ On fait référence aux *troubles fonctionnels de l'intestin*, parce que le projet de recherche dans lequel ce mémoire s'inscrit concerne cette problématique médicale, et parce que les maux dont les enfants participants souffrent pourraient être classés comme des désordres fonctionnels, dans une certaine mesure.

³⁸ D'un point de vue anthropologique, des études qui ont été menées sur les maladies ou sur les plaintes fonctionnelles ont démontré que ces syndromes ont existé à travers toutes les périodes de l'histoire et qu'ils existent dans toutes les cultures humaines. Cependant, il a également été démontré que les maladies

Pour les cliniciens qui se trouvaient dans l'impossibilité de fournir une explication claire des symptômes vécus par les patients, il est devenu nécessaire de s'appuyer sur quelques critères dans le but d'être en mesure de poser un diagnostic. C'est ainsi que des gastroentérologues ont créé et qu'ils s'appuient aujourd'hui sur la critériologie du manuel « Rome III » (Rasquin *et al.*, 2006). Ce manuel est constitué d'une description détaillée des symptômes dont les patients se plaignent pour chaque désordre fonctionnel rencontré en contexte clinique. C'est en se basant sur ces symptômes décrits à partir de multiples plaintes de patients que les cliniciens parviendront à nommer la maladie de la personne. Pour qu'un diagnostic de dyspepsie soit posé, il faut qu'au cours des deux mois précédant la consultation, la personne se soit plainte d'une douleur persistante et récurrente située dans le haut de l'abdomen, sans que cette douleur puisse être soulagée par la défécation. Du côté du syndrome de l'intestin irritable, la douleur abdominale doit être liée à la défécation ou au changement sur les plans des habitudes digestives, de la forme ou de la consistance des selles. Il ne doit pas y avoir d'anomalies structurales ou métaboliques pouvant expliquer les symptômes. Le clinicien doit être en mesure d'associer les événements stressants et l'anxiété vécus chez l'individu et chez les autres membres de la famille à l'exacerbation des symptômes chez le patient. Il a d'ailleurs été démontré que davantage de cas d'anxiété et de dépression étaient rencontrés dans une population souffrant du syndrome de l'intestin irritable comparativement à un groupe de contrôle (Hyams *et al.*, 1996 ; Campo *et al.*, 2004; Faure *et al.*, 2007; Castilloux *et al.*, 2008). En ce qui concerne la douleur abdominale fonctionnelle, il s'agit d'une douleur péri-ombilicale qui ne peut être intégrée à un diagnostic de dyspepsie ou de syndrome de l'intestin irritable en ce qui concerne les différents aspects physiologiques. Elle peut toutefois considérablement affecter les activités quotidiennes de la personne souffrante. Il est exceptionnel que les douleurs réveillent le patient et/ou l'empêchent de dormir. Parfois, la douleur peut être associée à des difficultés scolaires ou à des problèmes d'apprentissage. L'évaluation clinique peut révéler d'autres symptômes médicalement inexpliqués tels que des maux de tête, des étourdissements, des nausées et de la fatigue chronique. On peut également noter une histoire familiale d'anxiété, de dépression, de somatisation et des gains secondaires.

d'origine fonctionnelle se manifestent de façon très différente d'une culture à l'autre (Pfleiderer et Bibeau 1991 ; Del Vecchio Good, Brodwin 1992).

Il existe un consensus entre les chercheurs quant au fait que ces désordres sont causés et maintenus à la fois par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Le postulat de base qui guide cette affirmation est qu'il existe une interaction réciproque entre les processus physiologiques et psychologiques qui influencent l'apparition et l'évolution du trouble. Cependant, les facteurs psychosociaux ne font pas partie des critères diagnostiques, puisqu'il a été démontré que les individus qui souffrent de désordres fonctionnels gastro-intestinaux, mais qui ne cherchent pas d'aide médicale, ne seront pas influencés par ces facteurs (Drossman, 1999). Un modèle conceptuel se basant sur une approche biopsychosociale de l'origine et de l'évolution des désordres a d'ailleurs été adopté de manière à regrouper les causes explicatives. L'hypothèse généralement acceptée pour expliquer l'apparition de la douleur veut qu'il existe une combinaison d'activités sensorielles et motrices sur l'axe cerveau/tube digestif. Donc, l'information qui nous provient de l'extérieur par le biais de nos sens et de nos perceptions (émotions, pensées, odeurs, visions) a, par la nature de ces connexions neurales dans les centres supérieurs, la capacité d'affecter les sensations gastro-intestinales, la motilité, la sécrétion d'hormones et l'inflammation (Drossman 1999). Cette action physiologique aurait une influence variable sur le système endocrinien, sur la fonction immunitaire et sur le comportement humain.

À l'intérieur de ce modèle conceptuel, les facteurs génétiques ainsi que les facteurs environnementaux des premières années de vie, l'éducation familiale par rapport à la consommation de la nourriture et à la digestion, les histoires marquantes de perte ou d'abus, les expositions à des infections, les types de somatisation avec leurs manières de les exprimer et d'élaborer les récits de souffrance et de maladie transmis au sein de la famille (Kleinman 1998 ; Kirmayer *et al.*, 1994) sont considérés comme se situant à la base des processus physiologiques (motilité anormale ou hypersensibilité viscérale) et psychologiques (susceptibilité aux stress de la vie courante, état psychologique, « coping skills », développement d'un soutien social) chez le patient. Ces processus interagissent grâce à l'action du système nerveux central et du système nerveux entérique (de l'intestin), et cette interaction produit un agencement particulier de symptômes et de comportements chez le patient influençant ses réactions par rapport à sa maladie³⁹.

³⁹ En outre, si le clinicien est incapable d'établir un diagnostic et une alliance thérapeutique, du fait de ne pas identifier une cause organique, il est fort possible que la famille continue sa recherche d'explications

Conclusion

Les familles ayant participé à cette recherche ont des explications plausibles et provisoires sur les causes des maux de ventre chez leurs enfants. Ces explications sont des tentatives mises à l'épreuve à chaque épisode de ces maux, mais les familles restent toujours dans une certaine incertitude.

Les principales explications fournies ont des causes physiologiques, dans lesquelles l'alimentation est considérée comme une source importante du problème, du fait que les enfants ne mangent pas assez, qu'ils mangent trop d'aliments, qu'ils ne digèrent pas bien ou qu'ils ingurgitent des aliments froids. De plus, des relations tendues s'installent entre les mères et les enfants ayant comme toile de fond l'alimentation de ceux-ci, sa régulation et les résistances et habitudes alimentaires dérégulées des enfants. L'effort physique, représenté par des actes tels que trop courir et rester assis pendant longtemps, a aussi été mentionné par les enfants comme constituant une cause de leurs maux de ventre. La température froide est également considérée par quelques familles comme une source de douleurs d'estomac.

D'autres explications fournissent des causes biologiques, telles la contamination par des microbes et des virus qui se transmettent dans des espaces sociaux quotidiens ; elles occupent une place importante. De plus, à cette notion de contamination biologique s'ajoutent des sentiments de vulnérabilité et de discrimination chez ces familles, qui peuvent se percevoir comme fragiles et « polluantes » par rapport à leur environnement naturel et social. La génétique et la possibilité de souffrir d'autres maladies ont également été mentionnées comme des causes possibles des maux de ventre, bien qu'elles aient un poids moins déterminant. Enfin, quelques enfants soulignent que les tensions scolaires et les conflits avec d'autres personnes forment des sources possibles de leurs maux de ventre ; en revanche, leurs mères ont tendance à lier ces maux et ces malaises aux conditions sociales générales qui entourent leurs familles, comme la situation économique et l'insécurité.

en multipliant les consultations, les évaluations et les traitements. Ne pas trouver d'explication peut augmenter, chaque fois, l'anxiété par rapport aux symptômes de l'enfant.

En général, et même si ces explications sont provisoires, on observe que ces familles ont tendance à percevoir les maux de ventre chez leurs enfants comme des maux qui ne constituent pas un problème grave ni trop inquiétant ; par contre, elles les perçoivent comme des maux dérangeants faisant partie du cours normal de la vie, de leur vie privée et de l'ordre moral universel.

Les multiples sens que ces familles haïtiennes de Montréal attribuent aux maux de ventre révèlent que l'interprétation de ce problème de santé se situe dans un processus de reconfiguration constante, où plusieurs significations se partagent la scène. Ainsi, les maux de ventre dont ces enfants souffrent ne sont pas de simples répertoires de savoirs populaires ou médicaux, ils ne sont pas réductibles ni à des réseaux réifiés de signification, ni à des modèles explicatifs ou à des théories formalisées, mais ils obéissent à une façon de garder la question ouverte. Le sens et l'explication de ces maux de ventre sont plutôt le lieu de processus de fluidité, de syncrétisme, de métissage et d'hybridation, de création de nouvelles formes de savoirs sur soi et sur la santé qui émergent à partir de l'ailleurs et du local.

Enfin, on assiste à une constante oscillation entre deux tendances : l'inclination à doter de signification ces maux et la tendance à se trouver dans un vide de sens. Même si ces familles ont des explications par rapport à ces douleurs, elles restent toujours dans une certaine incertitude et poursuivent leur quête d'explication. Les consultations médicales constituent un des espaces où quelques familles ont cherché des explications et des solutions aux maux de ventre chez leurs enfants. À ce sujet, elles ont des opinions ambivalentes par rapport aux médecins, dans la mesure où les diagnostics et les remèdes fournis par ceux-ci n'ont pas été satisfaisants la plupart du temps. Ainsi, l'incertitude par rapport à l'explication de ces maux est nourrie et renforcée par le manque d'un diagnostic médical. Néanmoins, les enfants et leur mère pensent que les médecins sont les personnes les plus aptes à les aider.

CHAPITRE VI

INTINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES FACE AUX MAUX DE VENTRE

Dans ce chapitre, nous abordons les moyens envisagés par les familles pour soulager, surmonter ou encore pour prévenir les maux de ventre chez leurs enfants. Nous avons tenté d’y cerner les principaux itinéraires et espaces thérapeutiques favorisés par ces immigrants haïtiens vivant à Montréal. De même, nous accordons une attention particulière aux opinions que les familles ont sur leurs rencontres avec les services médicaux. Les participantes ont donné une pluralité de réponses et de stratégies considérées comme pouvant agir sur les maux de ventre. De telles stratégies expriment l’usage complémentaire de ressources empruntées à différents espaces thérapeutiques. Le recours à la famille et à la religion sont les ressources particulièrement privilégiées.

6.1 Espaces thérapeutiques et trajectoire de maladie

En général, quand les enfants ressentent des maux de ventre, ils entreprennent eux-mêmes quelques actions pour essayer de les soulager. Si après avoir réalisé de telles actions, les douleurs persistent, ils se dirigent vers une personne, surtout leur mère, pour chercher une aide et du soulagement. La plupart du temps, les soins prodigués à la maison par leur mère constituent la dernière étape de cette recherche de soulagement des maux de ventre, considérant que ceux-ci finissent habituellement par passer. Mais dans la mesure où ces douleurs ne passent pas et qu’elles deviennent plus intenses, les mères cherchent d’autres sources d’aide et de soulagement en dehors de leur foyer. Ainsi, elles peuvent demander des conseils aux personnes plus âgées d’origine haïtienne vivant à Montréal ou en Haïti, ou encore elles prennent la décision de consulter les services médicaux locaux.

Selon Janzen (1995), l’itinéraire thérapeutique renvoie aux parcours et aux choix thérapeutiques que suivent les malades et leurs familles, en fonction des différentes possibilités offertes dans un espace thérapeutique donné. D’un point de vue différent, Strauss (1992) propose le concept de *trajectoire de maladie* pour désenclaver l’étude des maladies des cadres de pensée médicales et psychologiques et se permettre une posture réflexive qui ne parte pas de la maladie, en tant que phénomène biologique, mais du travail,

quel qu'il soit, pour la gérer en tant que phénomène social. Saillant (1999) propose aussi d'élargir la notion d'*itinéraire thérapeutique* pour y inclure, aux côtés de la médecine officielle, des ressources alternatives trouvées dans la collectivité, l'espace familial et l'espace de la maison⁴⁰, conçu comme lieu possible de soins. Ainsi, un espace thérapeutique serait l'ensemble des groupes, des ressources, des pratiques, des savoirs, des représentations et des symboles dont dispose toute société pour faire face au problème de l'entretien de la vie et de son maintien dans un but explicite ou implicite de santé ou de bien-être (Saillant 1999 : 6). De plus, cette notion d'espace thérapeutique est plus convenable si l'on veut saisir l'éventail des comportements qui s'ouvrent, au fur et à mesure que la maladie persiste, qu'elle s'aggrave ou non. D'après Sturzenegger (1992), c'est à ce moment-là que la possibilité de systématiser des itinéraires devient tout à fait illusoire et vaine (Sturzenegger 1992 : 172). De plus, les trajectoires thérapeutiques ne sont pas toujours logiques (Janzen 1995), d'où la nécessité de resituer le parcours du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux engagés, comme les causes macrostructurelles, les représentations de la maladie, la place du sujet dans la société, les conditions conjoncturelles, la situation financière et les conseils des connaissances (Fassin 1996 : 118).

Dans les itinéraires thérapeutiques favorisés par les familles participantes, les définitions de *trajectoire de maladie* et d'*espace thérapeutique* se veulent pertinentes et opérationnelles, dans la mesure où elles permettent d'englober les volets étroitement liés dans lesquels ces familles entreprennent les principales actions, dans le but de soulager les maux de ventre chez leurs enfants. Les espaces thérapeutiques privilégiés par les familles concernées sont l'espace familial, les ressources alternatives aux médecines officielles et la médecine officielle.

6.1.1 Les soins familiaux

L'espace familial est le principal espace thérapeutique où la plupart des enfants ayant participé à l'étude cherchent et trouvent des soins et du soulagement à leurs maux de ventre (les cas notamment des familles Cadet, Roney, Moïse et Pétrus). L'espace familial est circonscrit, particulièrement à la famille nucléaire habitant dans une même maison, où la mère joue toujours un rôle principal. Quelquefois, elle est appuyée et secondée par les autres

⁴⁰ Celui-ci est défini comme l'unité de résidence-consommation ou comme la maisonnée (Ségalen 1996,

membres de la fratrie et par la famille élargie (c'est surtout le cas des familles Roney et Pétrus). Dans le même sens que les observations faites par Saillant (1999), l'univers domestique est le premier endroit où les itinéraires thérapeutiques de ces familles ont lieu. Il constitue l'espace où ces familles façonnent les orientations et le parcours à suivre subséquemment, dans leur recherche de soulagement des maux de ventre chez leurs enfants. C'est l'espace où a lieu le plan organisateur de la thérapie, les consensus et les décisions sur quoi faire et où se rendre.

Par ailleurs, il y a une sorte d'itinéraire thérapeutique qui est suivi au sein même de ces familles. D'abord, quand les enfants ressentent des douleurs au ventre, ils pensent que ces maux passeront d'eux-mêmes, après quelques moments, sans rien faire et sans rien dire. En général, ils arrêtent de faire ce qu'ils étaient en train de faire à ce moment-là (comme jouer, par exemple) ; ensuite ils boivent de l'eau et/ou vont aux toilettes. Au tout début, les enfants ne disent à personne qu'ils ont des maux de ventre et ils mettent leurs espoirs dans le fait que ces douleurs passeront rapidement, sans ressentir la nécessité de chercher de l'aide ou d'entreprendre une action quelconque. Louis, le garçon de famille Chauvet, par exemple, a dit qu'il arrête de jouer à l'ordinateur, puis qu'il boit de l'eau et va aux toilettes, et qu'en effet, ses maux de ventre passent tout seuls la plupart du temps. Il est le seul enfant qui ne s'est jamais appuyé sur d'autres personnes pour essayer de soulager ses douleurs jusqu'au moment de notre rencontre : « Je n'ai rien fait, juste j'étais assis à regarder la télé, et ça a passé. »

Toutefois, dans la mesure où les maux de ventre persistent, les enfants entreprennent d'autres actions visant à les soulager. Ces actions sont principalement entreprises au sein de l'espace familial et elles ont tendance à suivre un certain ordre chronologique déterminé par l'efficacité des moyens de soulagement (du point de vue des mères et des enfants). D'abord, les enfants vont à la toilette et ils essaient de déféquer ; ils peuvent aussi se reposer en allant se coucher ou essayer de se réchauffer (Monique et les trois enfants de la famille Pétrus). De plus, les enfants des familles Cadet, Roney et Pétrus disent toujours à leur mère qu'ils ont des maux de ventre et ils s'approchent d'elle. Lucie, la fille de la famille Moïse, ne parle pas toujours de ses maux de ventre à sa mère ; néanmoins, quand ces maux sont très forts, elle

lui en fait part et elle se couche à ses côtés pendant quelques instants. Puis, quand les mères apprennent que leurs enfants ont des maux de ventre, elles mettent en marche quelques actions visant à soulager ces douleurs, comme leur préparer un thé (familles Cadet, Roney, Pétrus et Moïse), leur donner un médicament (mères des familles Cadet, Roney et Moïse), faire des prières pour que ces maux passent (mères de toutes les familles), leur faire des massages sur le ventre (mères des familles Cadet et Roney) et/ou leur préparer un remède ou un aliment à manger (mères des familles Roney et Pétrus).

a. Laisser passer

Se reposer, se coucher, se réchauffer et laisser passer les maux de ventre sont les actions de soulagement qui sont entreprises en premier lieu et qui se veulent les plus efficaces. Quelquefois, ces actes sont dérivés des conseils donnés par les mères précédemment, alors que d'autres fois, c'est une réaction immédiate des enfants eux-mêmes. Par exemple, Catherine et Victoire, les deux filles de la famille Roney, ne disent pas toujours qu'elles ont des maux de ventre, mais elles essaient de les soulager elles-mêmes, en se reposant sur leur lit, en allant aux toilettes et en essayant de laisser passer les douleurs. Quelquefois, Catherine, l'aînée, se lave également le visage. De plus, Monique, la fille de la famille Cadet, sent du soulagement quand elle se couche sur son lit et qu'elle se réchauffe. En ce qui concerne Lucie, la fille de la famille Moïse, elle sent que se reposer sur son lit et dormir l'aide beaucoup à soulager de telles douleurs.

En général, les enfants se couchent seuls sur leur lit ; quelquefois, surtout quand les maux de ventre ressentis sont forts, ils se font accompagner par leur mère. En effet, autant le fait de se coucher que celui de se rapprocher physiquement de leur mère font partie des actions préférées de la majorité de ces jeunes au moment de soulager leurs douleurs.

b. Le rôle de la mère

En deuxième lieu, si les maux de ventre ne passent pas tout seuls, les enfants se dirigent vers d'autres personnes. La majorité d'entre eux vont voir la plupart du temps leur mère pour leur dire qu'ils ont des maux de ventre (Monique, les deux filles de la famille Roney, Lucie et les trois enfants de la famille Pétrus). Que ce soit à la manière d'une plainte, d'une demande d'aide, de conseils ou simplement une façon de s'exprimer, les filles et les garçons cherchent leur mère, presque chaque fois qu'ils éprouvent des maux de ventre.

D'abord, les mères leur donnent des consignes telles que ne pas s'inquiéter puisque ça va passer, aller aux toilettes et/ou se reposer. Ensuite, elles évaluent l'intensité de ces maux de ventre et des autres symptômes qui se produisent en même temps. Une telle évaluation est basée sur leurs expériences précédentes liées à d'autres épisodes de maux de ventre chez leurs enfants. À cet égard, la femme de la famille Pétrus considère qu'elle a, en tant que mère, un rôle important à jouer dans le but de faire une estimation des problèmes liés au ventre chez ses enfants et d'essayer de les soulager : « Quand ils ont des symptômes à la maison, quand je vois qu'en se réveillant ils ont les symptômes, j'appelle l'école pour expliquer, et je garde mes enfants chez nous pour les suivre. » Par ailleurs, c'est à partir d'une telle estimation que cette femme prend la décision d'entreprendre d'autres actions visant à soulager les douleurs de ses enfants. Faisant partie de telles actions, on trouve par exemple, le fait de permettre ou non, que ses enfants se rendent à l'école cette journée, ou qu'ils restent à la maison avec elle.

En général, après une telle évaluation, ces mères décident d'entreprendre une ou quelques actions visant le soulagement des douleurs d'estomac. Dans le même sens que les conclusions avancées par Desclaux (1996) par rapport au rôle que les mères jouent dans les modèles explicatifs des maladies infantiles, nous avons trouvé que ces mères sont, pour ces enfants, celles qui, décryptant les signes et ordonnant les symptômes, choisissent une attitude, un recours et appliquent une thérapeutique. Ainsi, elles sont, dans une bonne mesure, les responsables du traitement de leurs enfants (Desclaux 1996 : 255). Elles pourraient être considérées comme faisant partie du *therapy management group*, c'est-à-dire, la personne qui s'occupe du malade et qui prend la décision du type d'aide à rechercher⁴¹.

De même, toutes les mères concernées considèrent qu'elles peuvent toujours faire quelque chose dans le but de soulager les maux de ventre de leurs enfants. En effet, la mère de la famille Moïse a été la seule à se montrer dans un état d'incapacité, se sentant dépourvue de tout moyen pour aider sa fille à soulager ses maux de ventre. Parmi les actions que ces femmes entreprennent, on trouve le fait de se rapprocher de leurs enfants pour leur procurer

⁴¹ La définition anglaise de *therapy management group* est la suivante : « The set of individuals who take charge of therapy management with or on behalf of the sufferer. » *Therapy management* fait référence, de

de l'attention et de l'affection, de même que leur préparation d'un ensemble de remèdes domestiques.

Du point de vue de la plupart des mères et des enfants, le fait de se rapprocher des enfants et de leur donner de l'affection a des effets positifs sur le soulagement de leurs maux de ventre.

Comme le résume la mère de la famille Roney :

J'appelle ça une sorte de rapprochement. Le plus souvent, quand elles ne se sentent pas bien, elles viennent auprès de moi et elles me disent : « Maman, je ne me sens pas bien », et je dis : « Qu'est-ce que ma fille a ? » J'essaie de donner quelque chose pour soulager la douleur... On est bien obligée de faire quelque chose. Parfois, on s'approche plus d'eux pour leur donner de l'affection, et pour trouver des moyens thérapeutiques pour soulager la douleur.

De la même façon, les filles de la famille Roney, les enfants des familles Cadet et Pétrus, et dans une moindre mesure, la fille de la famille Moïse, cherchent leur mère quand ils ont des maux de ventre. En effet, Louis, le garçon de la famille Chauvet, est le seul enfant qui n'avait pas parlé de ses maux de ventre avec sa maman. Augustin, le garçon de la famille Pétrus, même en étant moins communicatif que ses sœurs, trouve aussi du soulagement à ses maux de ventre en se rapprochant de sa mère :

Chercheuse : « Tu dis à quelqu'un que tu as des maux de ventre ? »

Augustin : « Ma mère... j'étais toujours très très proche de ma mère. »

Chercheuse : « Qu'est-ce qu'elle te dit ? »

Augustin : « Rien de spécial, c'est comme rien faire pour moi. C'est naturel. »

Chercheuse : « Tu t'approches d'autres personnes quand tu as des maux de ventre ? »

Augustin : « Non, pas spécialement... non. »

Les résultats trouvés dans le cadre de cette recherche vont dans le même sens que certaines études questionnant le rôle que les mères jouent par rapport aux soins de santé des enfants et des familles. D'après Desclaux (1996), même si on ne peut réduire la participation des parents, en cas de maladie de leurs enfants, au rôle de la mère, c'est elle qui joue le rôle principal dans les soins de l'enfant, pouvant être conseillée ou secondée par d'autres femmes (Desclaux 1996). D'une façon semblable, des études démontrent que les mères de

son côté, au « diagnosis, selection, and evaluation of treatment, as well as support of the sufferer (Janzen : 1987). »

nombreuses familles haïtiennes, résidant en Haïti et aux États-Unis, sont les premières personnes à chercher de l'aide médicale et thérapeutique quand vient le temps de soigner leurs enfants. De plus, ces mères ont une incidence fondamentale sur la décision de chercher de l'aide et sur le type de traitements et/ou de soins à procurer aux enfants (Shantz et Charron 2003 ; Yearwood 2007). D'après Tremblay (1995), les femmes des familles haïtiennes qu'elle a rencontrées dans son travail de terrain à Varreux-Haïti, notamment les mères, sont des agents sociaux fondamentaux dans les soins des enfants et dans la transmission des connaissances et des savoir-faire associés à la santé, comme l'utilisation des feuilles des plantes, des rites, des prières, des massages et des bains (Tremblay 1995). Enfin, ces exemples montrent la tendance des mères haïtiennes, habitant dans divers endroits, à agir comme les agents principaux des soins de santé de leurs enfants et dans la recherche d'aide médicale. Il s'agit toutefois d'une tendance, et non d'une formulation facilement généralisable.

c. Se rapprocher et se réchauffer

Les mères participant à cette recherche connaissent et avancent différentes actions visant à soulager les maux de ventre de leurs enfants. L'ordre chronologique de telles actions n'est pas toujours le même ; c'est plutôt la situation particulière, les symptômes que les enfants présentent et les ressources dont les mères disposent à ce moment-là qui définissent l'ordre des actions à suivre. Néanmoins, il s'agit presque toujours des mêmes actions et des mêmes ressources qui sont utilisées. Ainsi, les mères peuvent donner des massages sur le ventre à leurs enfants. De tels massages sont efficaces dans plusieurs cas, comme chez Catherine, l'aînée de la famille Roney. Mais dans d'autres épisodes de maux de ventre ou pour d'autres enfants, le recours aux massages n'est pas toujours efficace. À ce sujet, Victoire, la cadette de la famille Roney, et Christine, l'aînée de la famille Pétrus, par exemple, pensent que les massages empirent leurs maux.

Le réchauffement corporel représente une autre ressource habituellement envisagée et utilisée par ces mères. En effet, pour la plupart des familles, le recours au réchauffement corporel se trouve parmi les moyens les plus efficaces et les plus appréciés. Il y a différentes actions qui peuvent conduire à réchauffer le ventre et le corps de ces enfants. Ainsi, quelques-uns parlent de l'acte de se coucher, de se rapprocher physiquement de leur mère, de se faire faire des massages sur leur ventre ou encore de boire du thé chaud ou de la soupe.

Comme on en a déjà parlé dans le chapitre concernant les significations et les explications, la température est considérée comme un des facteurs jouant le rôle de cause et de moyen de soulager ces maux de ventre. En effet, le froid est perçu comme un facteur important de causalité dans une bonne partie des maux de ventre chez ces enfants. Du point de vue de plusieurs femmes et enfants, ce facteur peut agir par le fait de se mettre en contact avec des objets ou des environnements froids, comme le sol ou la neige, ou bien du fait de consommer de la nourriture froide ou de boire des boissons froides. Dans cette même logique de principes thermiques opposés (froid et chaud), l'acte contraire de réchauffer le corps entraînerait un soulagement des maux de ventre causés par le froid. À ce propos, la plupart de familles utilisent des moyens chauds pour soulager ces douleurs, le thé représentant un recours privilégié.

d. Le thé et d'autres substances

D'après toutes les mères et les enfants concernés, l'acte de boire du thé chaud constitue un remède presque omniprésent et très efficace au moment de soulager ces douleurs d'estomac. Il s'agit généralement d'un thé chaud aux feuilles de plantes et/ou aux fruits, préparé par ces mères à la maison. Quelques fois, les enfants boivent un tel thé quand les maux de ventre apparaissent ; mais la plupart du temps, ils le boivent après s'être couchés et levés, comme moyen complémentaire de soulager leurs douleurs.

Le thé est aussi utilisé par la plupart des familles pour ses propriétés médicinales. Toutes les mères et la majorité des enfants (excepté Lucie, la fille de la famille Moïse) pensent qu'en effet le thé les aide à soulager ces maux de ventre, et ils l'ont utilisé depuis les premiers épisodes douloureux. En général, le thé est désigné sous un nom générique – il est nommé comme *du thé* – ; cependant, il y a différents types de thé, selon les feuilles des plantes et les substances utilisées dans sa préparation. Quoique les mères n'aient pas nommé tous les ingrédients ni toutes les formules utilisés dans la préparation de ce remède, on peut distinguer le thé à base de feuilles d'orange et de *cachima* (utilisé par la mère de la famille Cadet) ; le thé au citron, au miel et au sel (rapporté par Lucie, la fille de la famille Moïse) ; le thé avec des feuilles amères, ou à base de camomille (utilisé par la mère de la famille Roney) ; et le thé avec du sel (rapporté par les mères des familles Roney et Pétrus).

Ces mères préparent aussi différents remèdes, dont elles confirment les principes médicaux. De telles boissons chaudes sont utilisées moins fréquemment que le thé. Elles consistent principalement en une soupe ou en des infusions faites avec des fruits, des minéraux et des légumes. À ce propos, la mère de la famille Roney parle d'infusion avec des girofles, du thé avec du sel ; la mère de la famille Pétrus utilise du thé avec du sel, de l'infusion de goyave et de la soupe avec de la carotte et du riz ou avec de l'oignon.

En général, toutes ces femmes ont appris la préparation et l'utilisation de ces thés et remèdes à partir des conseils et des comportements qui leur ont été transmis de leurs grands-parents ou de leurs proches en Haïti. Ces conseils et transferts ont été appris surtout pendant leurs années d'enfance et de jeunesse, avant leur migration au Canada. Toutefois, ces pratiques sont toujours recréées durant les dernières années, à partir des contacts que ces femmes gardent toujours avec leurs proches vivants ailleurs, par communication téléphonique, ou en parlant avec quelques migrants haïtiens plus âgés qui habitent Montréal. À ce sujet, la mère de la famille Cadet a des souvenirs lointains :

Dans mes coutumes à moi... qu'on connaît de nos parents, de nos grands-parents. Quand il y a quelqu'un qui a mal au ventre, on lui donne du thé... la feuille d'orange, on fait bouillir et on donne aux enfants.... la feuille de cachima, c'est pour quand vous avez mal au ventre. ... donc, on a fait.

À présent, cette mère achète ces feuilles dans quelques marchés de produits des Caraïbes à Montréal. De même, la mère de la famille Roney, malgré le fait qu'elle soit arrivée à Montréal depuis quelques mois seulement, a déclaré avoir déjà préparé du thé pour soulager les maux de ventre chez ses filles.

Certaines études ont documenté l'utilisation de pratiques visant le rétablissement de l'équilibre thermique du corps et de l'équilibre entre les corps et les milieux externes, en suivant une diététique et des comportements tenant compte de la nature chaude ou froide des aliments et de l'environnement, dans la médecine créole (Moretti : 1991, Laguerre : 1987). Ainsi, le thé, une décoction qu'on boit, est utilisé pour soigner surtout les « pleurésies » et pour réchauffer le corps. Les tisanes et les bains purificateurs, par contre, s'opposent aux thés, dans la mesure où ils rafraîchissent le corps (Moretti : 1991). Par ailleurs, d'autres études démontrent que l'essentiel de la médecine créole repose sur la phytothérapie, et que

l'usage des plantes médicinales, sous forme de tisanes et de thés, par exemple, représente le moyen thérapeutique de base des soins de santé utilisés par les Créoles en cas de maladie ou de malaise (Moretti 1991; Tremblay 1995).

On a aussi affirmé que cette médecine fonctionne comme un ensemble de mesures d'hygiène préventives, dont la diététique fait partie intégrante (Moretti 1991). À cet égard, il y a aussi d'autres boissons et aliments chauds que quelques-unes de ces femmes préparent dans le but de soulager les maux de ventre chez leurs enfants (familles Roney, Pétrus et Chauvet). De tels aliments et boissons chaudes sont utilisés moins fréquemment que le thé. Ils consistent principalement en une soupe chaude ou en un aliment dit « consistant », comme la banane, pour que l'estomac de leurs enfants se réchauffe. Ces soupes et aliments sont surtout des ressources visant à rétablir l'équilibre thermique du corps, mais ils font aussi partie intégrante d'une diététique préventive. Ainsi, dans le cas de la famille Pétrus, par exemple, la mère prépare une soupe à base de légumes à ses enfants, en cherchant à les hydrater quand ils font de la fièvre. Néanmoins, ces enfants ont un point de vue différent de celui de leur mère. En effet, ils disent boire la soupe préparée par leur mère parce qu'elle les réchauffe, malgré le fait qu'ils perdent leur appétit. Même en étant apparemment différents, ces deux points de vue (le fait que la femme cherche à rafraîchir ses enfants, alors que ceux-ci cherchent à se réchauffer) confirment la prépondérance d'une logique basée sur les principes thermiques opposés du froid-chaud. Dans le même ordre d'idées, cette mère a quelquefois utilisé les bains corporels, afin de baisser la température de ses enfants et de soulager leurs problèmes liés à la gastroentérite.

Quelques familles participantes ont aussi parlé de suivre des mesures préventives ou correctives comprenant la suppression de certains aliments et la consommation d'autres aliments de nature opposée. La plupart des membres des familles Roney et Pétrus, par exemple, considèrent que le fait de manger des aliments sucrés peut causer des maux de ventre. Par conséquent, ces mères essaient de faire en sorte que leurs enfants n'en mangent pas trop ou n'en mangent pas quand ils éprouvent des douleurs d'estomac. En revanche, elles leur donnent à manger des aliments salés ou leur donnent à boire de l'eau avec du sel pour soulager ces maux. Également, elles essaient de prévenir ces douleurs de ventre en donnant à manger un aliment consistant et salé (d'après la femme de la famille Roney), notamment le matin, avant que leurs enfants quittent pour l'école (particulièrement les mères

des familles Roney, Moïse, Chauvet et Pétrus). En ce qui concerne Monique, la fille de la famille Cadet, sa mère explique qu'il faut éviter que sa fille ne mange trop.

e. Les médicaments

Dans la majorité des cas, les maux de ventre passent après s'être couchés, s'être réchauffés ou après avoir bu une boisson chaude. Néanmoins, il y a des situations où ces douleurs persistent, par conséquent, les mères envisagent d'autres sources possibles de soulagement, comme donner un médicament à leurs enfants. Ainsi, le recours aux médicaments en vente libre est une ressource qui complète les autres actions entreprises. Parmi les médicaments nommés par ces familles, on trouve le Tylenol (chez les familles Moïse et Roney), le Pepto Bismol (chez les familles Cadet et Pétrus) et Advil (chez les familles Cadet et Pétrus).

En général, ces enfants ont commencé à prendre ces médicaments dès que les médecins qu'ils ont consultés les leur ont prescrits. Par la suite, leur mère a continué à utiliser cette ressource comme une sorte d'auto-médication, sans avoir besoin de se rendre encore une fois chez le médecin. En outre, parfois, les infirmières de l'école de quelques enfants leur ont conseillé de prendre ces médicaments.

En ce qui a trait à l'efficacité de ces médicaments, toutes ces mères et tous ces enfants partagent l'opinion selon laquelle ils ne soulagent pas toujours les maux de ventre. En réalité, quelquefois les douleurs passent, mais la plupart du temps, elles continuent. Telles que les observations faites par Fainzang (2001 : 34) autour des personnes de différentes origines nationales et affiliations religieuses le révèlent, la présence d'ordonnances dans l'univers domestique est liée à l'idée qu'on se fait de leur usage possible. Ainsi, les ordonnances et les médicaments sont jetés ou conservés en vertu d'une logique purement fonctionnelle. Le rapport au temps est un élément qui n'est pas étranger au choix de prendre (et de reprendre) les médicaments. Les résultats de cette étude démontrent que si le médicament ne soigne pas rapidement, d'après les mères et les enfants concernés, on arrête de le donner. En effet, ces enfants disent ne pas se rendre toujours chez les infirmières de l'école, car elles leur conseillent des médicaments qui ne sont pas efficaces. De plus, la plupart des familles ne retournent pas voir le médecin pour en demander un autre, et ils arrêtent tout simplement de le prendre.

Fainzang (2001) rappelle que l'efficacité des médicaments ne se construit pas et ne se mesure pas de la même façon pour tout le monde et qu'elle comporte aussi une dimension sociale et culturelle. Par delà la situation économique des sujets, le rapport au médicament est en partie déterminé par son appartenance culturelle, dans la mesure où il est lié à la relation que les individus ont avec la consommation. Cela peut être perçu comme un gaspillage ou au contraire comme une sécurité, ce sont des perceptions culturellement construites (Fainzang 2001 : 45). D'après les résultats obtenus dans cette recherche, les familles concernées n'ont pas une forte consommation de médicaments pour les problèmes de ventre chez leurs enfants.

f. Une dynamique de soins qui s'installe dans l'espace familial

Mis à part les soins prodigués et les remèdes préparés à la maison, par les mères notamment, il y a une certaine dynamique sociale qui s'est mise en place au sein de ces familles nucléaires quand les enfants ont des problèmes de ventre. Cette dynamique se présente d'une manière particulière dans chaque famille, en fonction de sa composition, des rôles sociaux de ses membres, de l'intensité des maux de ventre, des autres symptômes ressentis par les enfants et des ressources sur lesquelles les mères peuvent compter. Cependant, on peut dire que les relations entre les membres de la famille nucléaire et les rôles qui leur sont attachés changent durant ces épisodes de maux de ventre, notamment quand ils deviennent plus forts. À ce sujet, on a déjà mentionné que le principal changement au niveau des relations entre les membres de la famille nucléaire a une relation avec la meilleure proximité physique et affective qui s'installe entre les mères et leurs filles et/ou fils (excepté chez la famille Chauvet).

D'autres changements vécus par quelques-unes de ces familles sont liés au fait que les mères permettent que leurs enfants malades se reposent et accomplissent moins de tâches que d'habitude, voire qu'ils omettent de faire le ménage et les tâches ménagères (notamment chez les familles Cadet et Pétrus). Quand les enfants ont des maux de ventre à l'école, et surtout quand ceux-ci ne passent pas rapidement ou qu'ils sont très forts, ils en parlent aux professeurs ou à l'infirmière. Le principal but de ces enfants est d'obtenir la permission de s'en aller chez eux et pas nécessairement d'obtenir de l'aide pour soulager leurs maux (chez Catherine et sa petite soeur, et Augustin et ses deux soeurs). Par contre, un autre enfant, celui de la famille Chauvet, ne parle pas de ses maux de ventre au personnel de l'école.

La famille Pétrus donne un bon exemple de ces derniers aspects. Il faut toutefois prendre en considération que cette famille a toujours fait référence à la gastroentérite comme la maladie dont ses membres souffrent le plus fréquemment et à laquelle ils ont toujours lié leurs problèmes de ventre. D'abord, les trois enfants de cette famille considèrent que leurs problèmes de ventre font partie de leur vie privée et ils n'en parlent pas à leurs pairs à l'école. Ils en parlent à leurs professeurs ou aux infirmières seulement quand ces douleurs et les autres symptômes (comme des vomissements et de la diarrhée) sont forts, et uniquement dans le but de s'en aller à la maison. À ce sujet, Augustin explique :

On le dit juste au prof pour nous faire... une réparation... pour partir à la maison. On va voir une secrétaire pour dire qu'on veut rentrer à la maison, et pour qu'on appelle les parents... Les professeurs, c'est juste quand ils ne veulent pas me laisser sortir de la classe, à part ça, il n'y pas de besoin.

Ces enfants ont tendance à se replier sur eux-mêmes et sur leur famille nucléaire, en faisant de leurs problèmes de ventre une partie de leur vie privée. Ainsi, le garçon déclare, par exemple : « On le garde ça secret... des fois on ne dit pas même au professeur... » Et ses deux soeurs préfèrent ne pas en parler, car elles craignent d'être signalées comme porteuses d'une maladie contagieuse : « Parce qu'il y a des gens qui le prennent mal, il y a des gens qui disent : "Ah! La personne a des microbes..." Des fois je ne dis pas... Je peux avoir mal au bras, mais je ne vais pas le dire, parce que... je n'aime pas ça. »

Quand ces enfants se rendent chez eux et chez leur mère, la maison familiale devient une sorte d'hôpital où chaque membre de la fratrie et la famille nucléaire jouent un rôle dans le cadre des soins des autres. La mère présente ainsi cet espace thérapeutique qui s'installe à la maison :

Des fois, si c'est elle (Caméla) qui est malade, c'est elle (Christine) qui est l'infirmière... Si c'est le gars, les deux filles sont les infirmières. Ils ont beaucoup d'approches... Moi, je suis le boss. Moi, quand ils sont... je peux dire que la journée, je dois rester auprès des enfants pour donner un peu de soins comme maman.

Cette famille a tendance à se replier sur elle-même au moment de communiquer et de chercher un soulagement aux problèmes de ventre de ses enfants. Néanmoins, cette

tendance, présente surtout chez les jeunes, est toutefois basculée et nuancée par leur mère, dans la mesure où elle établit une communication avec quelques personnes de l'extérieur de la famille, comme les infirmières de l'école, les conseillers d'Info-santé et les médecins des services d'urgence. De tels conseils sont demandés par cette femme quand ses enfants ont des maux de ventre et qu'ils se rendent à l'école, ou quand leurs maux et leurs symptômes la débordent. D'une façon semblable, les autres familles essaient presque toujours de gérer et de soulager elles-mêmes les maux de ventre et les autres problèmes qui y sont liés, en faisant de ces problèmes une partie de leur vie privée. Néanmoins, ces maux ne sont pas strictement circonscrits à l'espace familial, ils sont aussi canalisés à travers quelques réseaux sociaux qui jouent entre leur vie privée et leur vie publique.

6.2 Le pluralisme médical religieux

La médecine officielle et les ressources alternatives différentes d'elle sont des ressources utilisées, de façon complémentaire, par toutes ces familles, dans leur quête de soulagement des maux de ventre dont leurs enfants souffrent. Il y a même une tendance à chercher de l'aide au sein des espaces thérapeutiques alternatifs plus fréquemment qu'au sein de la médecine officielle. Parmi les principales ressources utilisées, nous trouvons quelques pratiques religieuses (chez toutes les familles), le soutien et la socialisation avec des personnes rencontrées dans les églises fréquentées par ces familles. Les plus vieux immigrants haïtiens habitant à Montréal ont également des ressources utilisées par certaines familles que nous avons rencontrées (Pétrus, Moïse et Roney). En ce qui concerne le recours à la médecine officielle, les familles Moïse, Pétrus et Roney consultent principalement les services d'urgence (la famille Moïse ne l'a pas fait dernièrement, et la famille Roney ne l'a pas fait à Montréal, mais en Haïti). La seule mère qui a dit utiliser le service d'information Info-santé est celle de la famille Pétrus. Une famille n'a pas consulté le médecin à cause des maux de ventre (Chauvet). Étant donné que la plupart des familles ont utilisé ces différentes ressources médicinales dans une mesure plus ou moins variable, on peut identifier une tendance au pluralisme médical formé de trois axes : les Églises, la médecine officielle et les liens avec d'autres Haïtiens.

D'après Benoist (1996) et Rossi (1997), le terme « pluralisme médical » fait référence à la pluralité de la demande et de l'offre de soins. Ce phénomène social constitue le lieu constamment redéfini d'une réponse pratique et d'une recherche de signification face à la

souffrance, et il se présente, d'après ces auteurs, comme une force toujours plus grande au sein des sociétés contemporaines (Benoist 1996; Rossi 1997). Ainsi, nous sommes actuellement les témoins et les acteurs d'une société multiculturelle aux sens et aux valeurs multiples. Elle est caractérisée par l'émergence d'un pluralisme social et culturel, religieux et spirituel, soignant et médical, par des clivages économiques et sociaux plus accusés, par une dépendance accrue à la technologie et par un besoin insatiable de sécurité et de précaution. De telles dynamiques se traduisent notamment par une mobilité croissante des savoirs et des personnes, par une circulation de plus en plus intense des expériences et des connaissances au niveau global. Le phénomène des migrations généralisées, les innovations technologiques, la globalisation économique, l'accélération de l'urbanisation, parmi d'autres, sont autant de facteurs qui participent à la transformation des différentes sociétés contemporaines (Rossi 2007 : 17).

Dans un tel contexte, malgré la présence très forte de la médecine créole et du vaudou en Haïti, la norme actuelle est le pluralisme médical religieux. La souffrance des malades les mène vers différents secteurs des soins de santé. Ils choisissent les options thérapeutiques en fonction de leur entourage, qui participe pleinement à la recherche d'aide. Il n'est pas rare que dans un même épisode de maladie, différentes pratiques et savoirs issus de plusieurs traditions médicales et religieuses s'entremêlent. Néanmoins, les trois grands secteurs de soins relativement distincts les uns des autres sont la médecine créole, la biomédecine et les Églises (Vonarx 2005 : 137).

6.2.1 L'Église, la religion et les conseils des Haïtiens

Toutes les familles participantes disent pratiquer et suivre les préceptes d'une religion chrétienne protestante. La majorité d'entre elles pratiquaient déjà en Haïti, avant leur immigration, et d'autres ont changé d'affiliation religieuse. Les familles Roney et Pétrus sont toujours chrétiennes ; par contre, la famille Chauvet s'est convertie du catholicisme au baptisme après son arrivée au Canada ; l'homme de la famille Cadet est devenu pasteur dans une église protestante à Montréal. À la question concernant la place de la religion dans leur vie, toutes les mères considèrent qu'elle constitue une affaire importante pour leur famille et leurs enfants. De plus, elles participent au moins une fois par semaine aux célébrations dominicales à l'église, et quelques enfants assistent aux autres activités, comme la répétition des chants (les deux filles de la famille Roney, et Louis, le garçon de la famille Chauvet).

Certaines personnes rencontrées et fréquentées par ces familles à l'église sont considérées comme les personnes les plus proches d'elles et sur lesquelles elles peuvent compter. C'est le cas de la famille Roney, qui est arrivée il y a quelques mois à Montréal et dont la mère dit avoir rencontré sa meilleure amie à l'église. Catherine et Victoire, ses filles, disent aussi compter notamment sur les amis que leur mère fréquente à l'église. La mère de la famille Chauvet a expliqué que les seuls liens d'amitié que sa famille entretient à Montréal sont avec ces personnes : « Les plus proches de la famille, c'est ma mère puis mes enfants, puis je n'ai pas d'amis vraiment... Les vrais amis vraiment, c'est Dieu... À l'église, on a des amis juste à l'église, mais pas d'amis ailleurs. »

En ce qui a trait au soulagement des maux de ventre chez ces enfants, les familles participantes ont recours à quelques pratiques religieuses. Ces pratiques consistent principalement à faire des prières individuelles, des prières collectives, et à participer à des conférences sur la santé en général. En effet, d'après ces familles, les maux de ventre dont leurs enfants souffrent ne constituent pas nécessairement un problème à traiter d'une façon isolée des autres problèmes de santé et des besoins familiaux. Questionnées sur le rôle que la religion joue au moment de soulager les problèmes de ventre de leurs enfants, ces femmes pensent que les prières et la foi en Dieu aident à guérir autant ces maux que d'autres problèmes de santé. Les paroles de la mère de la famille Chauvet sont un bon exemple de cette opinion répandue chez ces femmes : « On prie, et Dieu fait quelque chose. Parce que j'ai confiance en lui. Je ne fais pas de confiance en personne, c'est lui qui est capable de faire tout. » La pensée exprimée par la mère de la famille Roney va dans le même sens : « Quand nous sommes malades, avant d'aller voir le médecin, nous prions au bon Dieu. Je crois que Dieu seul peut me guérir, et ensuite le médecin avec son médicament peut m'aider. »

À part les prières individuelles, qui ont été mentionnées par les familles Chauvet, Roney, Moïse et Pétrus, toutes ces familles disent pratiquer également des prières collectives dans le cadre de célébrations à l'église. En général, de telles prières ont pour but de demander le soulagement et la guérison des problèmes de ventre chez les enfants et autres problèmes de santé de la famille.

Ces points de vue et ces actions entreprises par les familles participantes vont dans le même sens que les conclusions de certaines études réalisées récemment autour de la place des pratiques religieuses dans la vie des immigrants haïtiens à Montréal. D'après Mossière (2006), plusieurs de ces personnes trouvent différentes ressources matérielles, sociales et émotionnelles dans les églises. De telles ressources permettent à ces immigrants de tisser des liens et des réseaux sociaux effectifs, de fournir une communauté d'appartenance facilitant leur installation et leur insertion dans la vie sociale démocratique locale, et de négocier leurs rôles et leurs liens sociaux (Mossière 2006). Selon Bibeau (2006), ces églises remplissent des fonctions sociales et humaines, comme celles d'intégrer les personnes à un groupe, d'assurer un fondement à la morale, de proposer une transcendance et d'assigner un sens à la souffrance et à la mort. Elles ont aussi celles d'assigner un sens à l'expérience de la migration, de doter d'un sens leur vie dans la nouvelle société, de fournir des modèles d'insertion civique en maintenant leur articulation sur certaines valeurs fondamentales des cultures d'origine et de répondre à un souci thérapeutique.

Des études signalent que les Églises constituent l'un des trois principaux secteurs des soins et de la gestion de la maladie en Haïti. Elles ont une mission de guérison évidente et très importante, et de nombreux Haïtiens fréquentent les lieux de culte pour cette raison. Ce sont surtout des Églises pentecôtistes, mais on trouve aussi des Églises baptistes et charismatiques. Ces Églises sont très actives dans le champ de la santé et concentrent leur prise en charge sur la gratuité, le miracle et le don de guérison. Dans quelques églises pentecôtistes, des prières collectives et individuelles sont tenues pour les malades, de même que des témoignages de fidèles partageant des expériences de guérison opérées grâce à la foi et aux dons du pasteur. En effet, le pasteur est censé posséder un certain charisme et pouvoir produire la guérison grâce à la manifestation de l'Esprit Saint. Dans d'autres églises présentes en Haïti, il y a dans les rituels de guérison des éléments comme la descente de l'Esprit Saint, les prophéties, la glossolalie, les visions, la lecture de l'Ancien et du Nouveau Testament de la Bible, les tambours et autres objets musicaux (Vonarx 2005).

Malgré que la documentation fasse une abondante place au vaudou en tant que système de croyances et de soins de santé des Haïtiens (Bijoux 1990 ; Dieudonné 1996)⁴², cette étude ne permet pas de documenter la place que le vaudou occupe dans la vie de ces familles. La seule fois où cette question a été posée ouvertement, la mère de la famille Chauvet a répondu ne pas pratiquer le vaudou. En revanche, elle a mis l'accent sur les pratiques religieuses qu'elle fait dans une église baptiste à Montréal : « J'ai entendu parler de ça (du vaudou), mais je ne connais rien là-dessus... Mes parents ne pratiquaient pas cette affaire-là. Nous autres, on est toujours à l'église. ... En Haïti, ça se pratique... mais pas nous autres. »

À part les pratiques religieuses mentionnées par ces femmes, elles demandent aussi des conseils et de l'aide à quelques personnes qui travaillent dans des organismes communautaires qu'elles fréquentent, à des amis qui fréquentent l'église ou à d'autres immigrants haïtiens de Montréal ou d'ailleurs. De telles demandes sont faites durant quelques épisodes de maux de ventre chez leurs fils et leurs filles. Ainsi, quand les enfants de la famille Pétrus éprouvent des maux de ventre et de la fièvre, par exemple, leur mère cherche de l'aide chez des Haïtiens plus âgés habitant Montréal. Ceux-ci lui conseillent de baisser leur température corporelle et l'aident à baigner ses enfants : « Les Haïtiens qui sont plus âgés que nous... pour nous expliquer... Des fois, ils nous mettent dans le bassin... On fait savonner, pour rafraîchir. » Il y a aussi des femmes qui parfois demandent des conseils à leurs proches habitants ailleurs, notamment à leur mère vivant en Haïti (chez les familles Pétrus et Roney).

Enfin, l'acte de parler des maux de ventre avec des amis fait également partie des actions entreprises par quelques familles. Les mères des familles Moïse, Pétrus et Roney, par exemple, demandent des conseils à des personnes rencontrées dans les organismes communautaires fréquentés. En effet, ces femmes ont été contactées par l'intermédiaire d'une travailleuse sociale d'un organisme communautaire avec laquelle elles avaient parlé auparavant des problèmes de ventre de leurs enfants. En ce qui concerne Monique et Lucie,

⁴² D'après Bijoux (1990), même les Haïtiens qui n'ont pas rejeté officiellement le vaudou continuent à penser comme des pratiquants et s'arrangent, surtout dans les moments difficiles de leur vie, pour à participer au culte et aux cérémonies (Bijoux 1990). À ce propos, Dieudonné (1996) ajoute que le vaudou régit les conduites de toutes les couches sociales, à des degrés divers, même de ceux qui se disent non pratiquants.

les filles des familles Cadet et Moïse, et Victoire, la cadette de la famille Roney, elles parlent de leurs maux de ventre avec leurs amies souffrant aussi de tels maux. Elles pensent que cette communication leur fait du bien, du fait qu'elles ne se sentent pas les seules personnes ayant ces douleurs. Lucie, la fille de la famille Moïse, l'exprime de la façon suivante : « Ce n'est pas seulement moi qui ai mal au ventre... puis, ce n'est pas quelque chose d'anormal... alors, ça me soulage. » En conclusion, l'acte de parler avec d'autres personnes des maux de ventre est une action qui aide à soulager les maux de ventre de ces enfants. Qu'il s'agisse de conseils donnés par des personnes qui ont une certaine connaissance sur quoi faire, par exemple, quelques travailleuses sociales ou des compatriotes plus âgés, ou qu'il s'agisse d'en parler avec des amis ayant aussi des douleurs au ventre, dans le fond, cette communication aide à diminuer l'inquiétude et l'angoisse ainsi qu'à percevoir ces maux de ventre comme des malaises normaux.

Dans le même sens que vont certaines études réalisées auprès des immigrants haïtiens en Amérique du Nord, nous constatons que les familles rencontrées ont tendance à recourir à des pratiques thérapeutiques et à des soins de santé alternatifs aux services de médecine officielle. De plus, de tels traitements, croyances et pratiques, dits traditionnels afro-américains, sont transférés par les réseaux sociaux informels et les familles étendues (Fields 2001). D'autres études démontrent également qu'il y a des immigrants haïtiens en Amérique du Nord qui sont enclins à utiliser simultanément des techniques biomédicales et la médecine traditionnelle haïtienne lorsque vient le temps de traiter les problèmes de santé de leurs enfants (Schantz et Charron 2003).

Ainsi, on peut envisager les savoirs médicaux des immigrants comme des stratégies sociales et individuelles développées par eux dans des contextes particuliers. De telles stratégies visent les soins et la promotion de la santé, la compréhension des maladies et des malaises, leur traitement, la prévention et la guérison; de même, elles peuvent inclure des stratégies orientées vers la création et la reproduction de liens de socialisation et de solidarité. D'après Taboada-Leonetti (1994), un des niveaux d'expression des stratégies des immigrants, et qui compte parmi les plus accessibles, se trouve dans le domaine culturel, il s'exerce dans la sphère du privé, au sein de la famille ou de la communauté, sans heurter de front la société majoritaire. Ainsi, la communauté minoritaire tentera d'affirmer son existence à travers des

« stratégies de contournement » : de la langue, de la religion ou de pratiques culturelles quotidiennes comme les soins de santé et les rituels de guérison, qui échappent au contrôle de la société majoritaire.

6.2.2 Le recours à la médecine officielle

La médecine officielle constitue également une des ressources utilisées par trois des cinq familles dans la recherche du soulagement des maux de ventre de leurs enfants (les familles Moïse, Pétrus et Roney). La plupart du temps, ces familles se sont dirigées vers les urgences hospitalières. À part ces consultations, elles n'ont pas suivi de traitements médicaux particuliers traitant des problèmes de ventre des enfants. Pour la famille Roney, cette consultation a eu lieu à Port-au-Prince. Ces familles ont une opinion ambivalente par rapport aux services médicaux en général et concernant la réponse donnée par les médecins consultés pour les maux de ventre chez leurs jeunes.

En ce qui concerne la famille Pétrus, la mère dit qu'il est rare qu'ils se rendent chez le médecin. En effet, elle prend la décision d'y aller quand les maux de ventre de ses enfants sont très fréquents, lorsque plus d'un enfant a des problèmes de ventre ou quand ils ont plusieurs symptômes liés à la gastroentérite (notamment de la diarrhée, de la fièvre et des vomissements). Par ailleurs, elle dit être déçue des consultations médicales, car il n'y a aucune guérison et de longues attentes : « Quand je suis allée à l'hôpital, on ne donne pas vraiment grand chose... ils m'ont dit : "C'est de la gastro, c'est de la gastro, avec le pédiatre..." Mais ça passe, on dit : "Ça passe toujours seul." » Par conséquent, elle essaie de soulager elle-même ces maux de ventre et les autres symptômes ressentis par ses enfants. Si ces méthodes ne fonctionnent pas bien, elle demande conseil à Info-Santé ou au pédiatre, au téléphone, et elle suit les indications qui lui sont données. Dans le même sens que leur mère, les trois enfants de cette famille sont un peu déçus des médecins, puisque les médicaments qui leur ont été prescrits n'ont pas toujours calmé leurs maux de ventre. Cependant, ils s'attendent encore à ce que les médecins trouvent une solution et proposent notamment l'intervention d'un vaccin capable de guérir la gastroentérite.

La mère de la famille Moïse a consulté le médecin pour les maux de ventre que Lucie éprouve depuis qu'elle est petite. Au cours des premières consultations (dont une a eu lieu à l'Hôpital Sainte-Justine), les médecins lui ont fait passer des examens et ils n'ont pas

diagnostiqué de maladie. En revanche, ils lui ont toujours prescrit des médicaments, particulièrement des Tylenol et des Advil. Les deux femmes de cette famille ont dit être déçues du fait que les médecins n'ont pas une explication et une solution aux maux de ventre de la fille. Devant le manque de diagnostic, Lucie et sa mère ont tendance à gérer elles-mêmes ces maux, en faisant prendre des Tylenol ou des remèdes à la maison (du thé, des massages et du repos, notamment), et en cherchant du réconfort dans des pratiques religieuses et les conseils des amis. Elles partagent néanmoins l'opinion que le médecin serait la seule personne capable de fournir une réponse et une solution.

Dans le même sens que ces résultats, dans ses travaux sur les *troubles fonctionnels de l'intestin* (Cathébras 2006), Cathébras observe que si le clinicien est incapable d'établir un diagnostic et une alliance thérapeutique, puisqu'il ne peut pas identifier une cause organique, il est fort possible que la famille continue sa recherche d'explications, multipliant les consultations, les évaluations et les traitements. Ne pas trouver cette explication peut augmenter, chaque fois, l'anxiété par rapport aux symptômes de l'enfant. Dans la plupart des familles concernées, le manque de diagnostic et d'explications médicales entraîne des doutes et de la désillusion envers les médecins ; cependant, elles se laissent la possibilité de leur demander des conseils quand les maux de ventre des enfants ne sont pas contrôlés par elles.

À défaut d'un diagnostic clair et de la guérison des maux de ventre de ces enfants, les familles ont d'autres plaintes par rapport aux services médicaux. Ces plaintes ont à voir, d'un côté, avec les longues attentes qu'elles doivent passer dans les services d'urgence pour obtenir un rendez-vous (chez les familles Roney, Pétrus et Cadet) ; et d'un autre côté, avec la mauvaise attention médicale reçue. Quoique ces plaintes ne se trouvent pas parmi les motifs qui ont empêché ces familles de se rendre chez le médecin, et qu'elles n'ont pas un rapport direct avec les consultations pour les maux de ventre, ces attentes sont rapportées comme très démotivantes et décourageantes.

Certaines expériences passées teintent également le rapport des mères avec les services médicaux. Elles disent avoir été victimes de services médicaux négligents et de traitements presque inhumains. La mère de la famille Roney, par exemple, déclare avoir beaucoup souffert à cause de la négligence des médecins et du personnel médical à Port-au-Prince. De

plus, de telles expériences se trouvent parmi les principaux motifs qui l'ont amenée à prendre la décision de quitter Haïti pour le Canada⁴³. Cette mère n'a pas consulté les médecins de Montréal, parce qu'elle s'aperçoit que les maux de ventre de ses filles ne sont pas vraiment forts. Catherine et Victoire, de leur côté, pensent que les médecins pourraient les aider à soulager leurs douleurs, et par conséquent, elles aimeraient les consulter, surtout Catherine, l'aînée.

Les autres familles (Cadet et Chauvet) n'ont pas consulté le médecin à cause des maux de ventre de leurs enfants. Les raisons exprimées sont différentes. En ce qui a trait à la famille Cadet, la mère dit se diriger vers le médecin uniquement quand les maux de ventre de sa fille sont trop forts et qu'ils durent longtemps. Étant donné que les douleurs de sa fille ne sont pas parvenues à une telle limite, elle ne s'est pas rendue chez le médecin et elle essaie de soulager ses maux à la maison : « Il y a beaucoup de choses que l'on peut faire avant d'aller chez le médecin. » Par contre, les principaux motifs de consultation médicale de cette mère ont toujours été les saignements de nez et les maux de tête de Monique. Pendant une consultation traitant de ces problèmes, elle a parlé des maux de ventre et de constipation au médecin, et celui-ci lui a conseillé de faire des massages à sa fille.

En ce qui concerne la famille Chauvet, Louis, le garçon, affirme avoir eu plusieurs fois des maux de ventre, mais il n'en a parlé à personne. Sa mère, de son côté, explique qu'elle ne savait pas que son fils souffrait de maux de ventre et que, par conséquent, elle n'a pas consulté le médecin à ce propos. Par ailleurs, elle se rend chaque six mois au CHU Sainte Justine, afin de faire vérifier l'état général de santé de ses fils. À ce sujet, elle dit que son fils est en pleine forme et que si éventuellement il a des maux de ventre, ils ne sont pas assez forts pour qu'il soit nécessaire de consulter un des médecins.

⁴³ Cette femme a dit avoir vécu plusieurs expériences négatives avec des médecins haïtiens à Port-au-Prince. Elle se rappelle, par exemple, de l'erreur d'un médecin au moment de prescrire des médicaments utilisés par les personnes atteintes du VIH/Sida. Elle se plaint également des commentaires qu'un médecin lui a fait par rapport au fait qu'elle a plusieurs enfants : « Ils m'ont demandé : "Madame, vous avez combien d'enfants ?" Je lui ai dit : "J'ai quatre enfants..." et il m'a dit : "Madame je trouve que vous êtes tout à fait exagérée dans ce temps, dans une vie si chère que nous vivons, et vous avez de quoi nourrir cinq enfants à la maison ? Qu'est-ce que vous allez donner à manger à cinq enfants ?" Je lui ai dit : "Monsieur, ça, c'est mon affaire." Bon, avec des mots insultants comme ça, je ne me sens pas bien. »

Conclusion

En ce qui concerne les familles participant à cette recherche, les principales ressources utilisées dans leur quête de soulagement des maux de ventre relèvent de divers espaces thérapeutiques, notamment de l'espace familial, de celui de la médecine officielle et de celui des soins de santé alternatifs aux médecines officielles. Elles sont représentées et véhiculées par des réseaux sociaux, tels que celui des immigrants haïtiens de Montréal et d'ailleurs.

En ce qui a trait à la recherche d'aide auprès de la médecine officielle, on observe deux tendances principales chez ces familles : consulter le médecin pour des maux de ventre ou gérer et soulager de telles douleurs au sein de l'espace familial. En général, les mères prennent la décision de se rendre chez le médecin quand les maux de ventre de leurs enfants durent trop longtemps et qu'ils ont une grande intensité (d'après leur évaluation subjective), et après avoir essayé plusieurs remèdes domestiques sans résultat.

Dans le cas où il y a eu une première consultation, les familles expriment des opinions ambivalentes quant à la réponse donnée par les médecins aux maux de ventre, notamment en ce qui a trait au diagnostic et au soulagement. En effet, l'incapacité des médecins à donner un diagnostic clair et un remède efficace a beaucoup déçu ces familles, avec pour résultat une perte de confiance envers les services médicaux (surtout chez les familles Moïse, Pétrus et Roney). Néanmoins, ces familles sont toujours ouvertes à la possibilité de rechercher de l'aide médicale, particulièrement quand les maux de ventre sont très forts ou lorsque plusieurs symptômes se présentent en même temps ; elles confèrent encore aux médecins le pouvoir et la capacité de faire le bon diagnostic et de trouver la bonne solution à de tels maux⁴⁴.

En général, ces familles développent des stratégies orientées vers l'usage de plusieurs ressources de santé. Elles sont utilisées d'une manière parallèle et complémentaire, et sont représentées notamment par des soins entrepris dans l'espace familial et par des pratiques suivies au sein des églises fréquentées ou conseillées par quelques proches. Dans le même sens que les observations réalisées par Kirmayer (2004), on voit que le champ d'action de la

⁴⁴ Toutes ces familles perçoivent cette recherche comme une contribution à la découverte des causes et à la guérison des maux de ventre dont souffrent leurs enfants.

recherche d'aide et de solution aux problèmes de santé couvre non seulement les itinéraires de recherche d'aide formelle, mais également les stratégies internes à la famille et à la communauté ; ainsi, les trajectoires thérapeutiques sont fréquemment multiples.

De même, on constate que les différents types de savoirs sur la santé sont dynamiques et qu'ils se trouvent toujours dans un processus de changement. Les systèmes de soins de santé sont des entités ouvertes et malléables, et les transformations dont ces savoirs sont porteurs représentent le résultat de facteurs sociaux, économiques et politiques, d'innovations technologiques et de transmission d'informations (Johannessen 2006 : 2). La médecine occidentale ou cosmopolite (comme la nomme Leslie) est adaptée et adoptée d'une manière particulière dans chaque milieu culturel, en fonction des styles de vie de chaque société, et les savoirs médicaux non occidentaux sont également adaptés et adoptés dans chaque contexte social et culturel où ils se trouvent. Toutes les traditions médicales s'ouvrent à des sources nouvelles de connaissances et à l'observation empirique, étant dynamiques et capables de faire des synthèses originales des idées et des ressources. Dans une telle optique de complémentarité, chaque système médical est pluraliste, dans le sens que différentes traditions médicales coexistent en son sein (Leslie 1975 ; Lock et Nichter 2002 : 2-5).

Les savoirs médicaux des immigrants peuvent être envisagés comme des stratégies sociales et individuelles créées par eux dans des contextes particuliers. Ces stratégies sont liées aux soins et à la promotion de la santé, à la compréhension des maladies et des malaises, à leur traitement, à la prévention et à la guérison, de même qu'elles incluent des stratégies orientées vers la création et la reproduction de liens de socialisation et solidarité en contexte migratoire (Taboada-Leonneti 1994).

CHAPITRE VII

LES LOGIQUES QUI TRAVERSENT LA TRAJECTOIRE DES MAUX DE VENTRE

Dans les chapitres précédents, nous avons documenté la perception et l'expression des symptômes liés aux maux de ventre ainsi que les sens et les explications qui leur sont attribués. Nous avons également cerné les réactions et les actions entreprises par les familles face à ces maux. Dans le présent chapitre, nous nous appliquons à élucider l'articulation de ces symptômes, leurs explications et les réactions des familles à leur égard. Le but est de faire ressortir les possibles logiques et les tendances à travers lesquelles ces familles organisent différentes dimensions (sémiologique, sémantique et pragmatique) qui traversent la trajectoire de cette « maladie »⁴⁵ et les façons par lesquelles elles y répondent. Ces logiques tiennent de processus propres à l'une ou à l'autre famille ; aucune ne fait office de « loi générale ».

7.1 Des maux de ventre flous, des explications provisoires, des soins multiples

La majorité des enfants et des mères rencontrés présentent leurs maux de ventre comme irréguliers dans leur fréquence et leur intensité. Ils sont vécus comme quelque chose de variable et de difficile à mesurer, ils sont insaisissables dans leur qualité et leur quantité, tout comme ils peuvent survenir dans différentes circonstances. Ils se présentent aussi comme des douleurs dispersées dans le corps des enfants, difficiles à localiser dans un endroit spécifique et souvent accompagnées par d'autres symptômes et sentiments (dits physiques et non physiques). Ces maux de ventre dépassent la région ventrale, se déplaçant ailleurs dans le corps, et ils peuvent coexister avec d'autres douleurs et malaises.

Le caractère flou et indéterminé de ces maux de ventre rend difficile toute tentative de les revêtir d'une seule explication. En effet, plusieurs mères et quelques enfants ont déjà essayé

⁴⁵ Le concept de *trajectoire de maladie* est emprunté à Strauss (1992). Selon lui, la maladie est perçue comme un phénomène social, un travail effectué en collectivité pour gérer la maladie. Ainsi, ce concept s'éloigne d'un point de vue strictement biologique sur la maladie.

de déterminer les causes de ces douleurs, mais sans grand succès, chaque épisode de mal de ventre présentant différentes intensités, diverses fréquences et localisations qui finissent toujours par passer. Par ailleurs, les enfants n'ont pas de souvenirs très précis quant aux sources de leurs maux de ventre, à l'exception de quelques vagues estimations qui remontent à la petite enfance. Même si ces douleurs ont continué au fil des années, les enfants ne perçoivent pas de différences remarquables entre les divers épisodes sur le plan de la fréquence et de l'intensité. Il s'agit plutôt d'une expérience qui n'est pas traversée par une évolution chronologique linéaire. De plus, les familles n'établissent pas de relations causales fixes entre ces douleurs et les situations dans lesquelles les enfants se trouvent au moment où elles apparaissent ou avec d'autres facteurs éventuels. En revanche, elles ont des explications provisoires concernant les causes de ces maux. Ce sont des tentatives d'explications, mises à l'épreuve à chaque épisode de mal de ventre.

Les principales causes de ces douleurs peuvent être classées selon leur origine physiologique (l'alimentation, l'effort physique, la température), biologique (les virus et les microbes, la génétique, d'autres maladies) ou sociale (des pressions académiques, des conflits avec d'autres personnes, des fautes morales). Les familles réagiront en fonction du type d'explication considérée comme le plus plausible. Ainsi, les réponses et les actions qu'elles entreprennent dans le but de soulager ces maux sont également multiples, diverses et elles renvoient à une quête d'efficacité. Les explications et les réactions face aux maux de ventre sont aussi diverses que les symptômes observés.

7.1.1 L'alimentation, les maux de ventre et le rôle maternel

L'alimentation occupe une place importante dans les causes physiologiques attribuées aux maux de ventre. En effet, toutes les familles considèrent l'acte de manger comme un acte capable de déclencher des maux de ventre. Il peut s'agir de consommer un type d'aliment précis, de ne pas manger ou encore de trop manger ; il peut également s'agir de consommer des aliments à un moment particulier de la journée ou à une température déterminée. C'est ainsi que les mères rencontrées croient qu'il faut prendre des mesures préventives afin de ne pas favoriser l'apparition et la répétition de ces douleurs. Parfois, il s'agit de suivre une diète préventive (comme ne pas manger beaucoup de nourriture sucrée) ou encore une diète corrective visant à soulager ces douleurs (comme manger un aliment considéré par la mère comme salubre et chaud).

L'alimentation représente autant un modèle explicatif des maux de ventre qu'une forme de pouvoir de soulagement dont les mères sont les principales dispensatrices. Elles exercent un important pouvoir sur les habitudes alimentaires des membres de leur famille. Ce faisant, des relations tendues peuvent s'installer entre elles et leurs enfants, avec comme toile de fond les normes liées à l'alimentation. Cela révèle le rôle d'autorité que la mère exerce ou tente d'exercer sur les pratiques alimentaires familiales et sur les différentes façons que les enfants ont de concevoir leurs besoins alimentaires. En effet, ceux-ci ont tendance à ne pas avoir d'habitudes alimentaires très ordonnées, et leur mère représente généralement la personne se montrant la plus inquiète à ce propos et cherchant à contrôler leur façon de manger. Parfois, les normes imposées par les femmes sont rejetées par leurs enfants, à travers des voies de sortie, des résistances et des fuites que les enfants empruntent pour se dégager de ce régime. Ce rejet est présenté comme potentiellement rélié aux maux de ventre, comme dans le cas de Louis, le garçon de la famille Chauvet, qui ne mange pas la nourriture que sa mère lui prépare pour l'école.

Dans cette dynamique, la mère occupe un rôle très important, ayant le pouvoir d'interpréter, de gérer et de soulager les maux de ventre dont ses enfants se plaignent. Dans la mesure où les soins et les actions entreprises dans l'espace familial soulagent efficacement ces douleurs (ce qui arrive en effet dans la plupart des cas), ces familles ne cherchent pas d'autres explications ni d'autres ressources à l'extérieur de cet espace thérapeutique. D'une façon semblable, des études démontrent que les mères de nombreuses familles haïtiennes résidant en Haïti et aux États-Unis sont les premières personnes à chercher de l'aide médicale et thérapeutique quand vient le temps de soigner leurs enfants (Shantz et Charron 2003 ; Yearwood 2007). D'après Tremblay (1995), les femmes des familles haïtiennes rencontrées en Haïti, notamment les mères, sont des agents sociaux fondamentaux dans les soins des enfants et dans la transmission des connaissances et du savoir-faire associés à la santé (Tremblay 1995).

7.1.2 Les jeux et l'enfant comme sujet de ses maux de ventre

Selon les familles rencontrées, l'effort physique et la température constituent d'autres facteurs physiologiques pouvant déclencher des maux de ventre. Certains enfants croient que leurs douleurs sont la conséquence d'un excès d'activité physique (comme courir), ou

jouer à l'ordinateur pendant longtemps. Une autre fille pense que ses maux sont la conséquence d'un refroidissement, par exemple, marcher pieds nus sur le sol froid. Les enfants rencontrés expliquent l'origine de leurs douleurs par de telles actions, ce qui les met dans une position plutôt active par rapport à elles. En effet, Louis, Lucie et Catherine sont des enfants qui ne révèlent pas toujours qu'ils ont des maux de ventre ; en revanche, ils essaient de laisser passer leurs douleurs, en évitant les activités qu'ils considèrent être à l'origine de ces maux. Leurs maux de ventre tendent à passer ainsi, ce qui nourrit la confiance que ces enfants ont en leur capacité à gérer ces douleurs sans avoir besoin de l'aide d'une tierce personne.

Nous pouvons situer ces enfants en tant que sujets de leurs maux de ventre, en prenant en compte leurs conduites et leurs choix, de même que les tensions et les conflits qui pèsent sur la logique des réponses inventées par leur corps pour faire face à ces douleurs. Ainsi, nous situons l'enfant en tant que sujet, acteur de sa propre vie, sans perdre de vue sa position dans les dimensions familiales et collectives qui le structurent et le façonnent. Nous donnons à la notion de sujet la signification d'*agency* (Giddens 1984, Bourdieu 1990), qui renvoie à une autodétermination, qui permet au sujet éthique, celui qui choisit et qui répond de ses actes, de se constituer. Cela suppose également que le sujet puisse se concevoir comme un être agissant, une source d'action ayant une influence sur le cours de sa vie. Notons dans ce sens que même lorsque certaines mères jugent que les maux de ventre peuvent être la conséquence d'un contact avec une température ambiante froide (pendant les périodes menstruelles de leurs filles), la notion d'un individu qui est sujet, agent actif et responsable du déclenchement et de la prévention de ces douleurs n'en est pas moins importante ; c'est la trame de fond permettant de penser un tel rapport étiologique à la douleur et à son soulagement.

7.1.3 La contagion, la discrimination et le repli sur l'espace thérapeutique familial

La contamination par des agents biologiques est une autre explication avancée par les participants de cette recherche. Ces agents peuvent être des virus ou des microbes qui se trouvent dans différents environnements et qui transmettent certaines maladies (comme la malaria et la gastroentérite). Ils peuvent entraîner des douleurs assez fortes, souvent accompagnées d'autres symptômes dérangeants (comme de la fièvre, de la diarrhée et des vomissements). Cette explication a été encouragée, en bonne partie, par les diagnostics

médicaux reçus par les familles participantes. Lorsque les enfants ressentent plusieurs symptômes simultanément, leur mère tend à les amener aux urgences hospitalières où le personnel clinicien interprète généralement cet ensemble de symptômes comme des signes de maladies infectieuses (notamment de la malaria et de la gastroentérite) et réagit en prescrivant des traitements pharmaceutiques. Par la suite, quand ces enfants éprouvent des maux et des malaises semblables à plusieurs reprises, leur famille a tendance à leur fournir la même explication. Si ces symptômes sont assez intenses ou si plusieurs enfants d'une même fratrie les éprouvent en même temps, les mères prennent la décision d'appeler ou de se rendre dans les services médicaux officiels. Au contraire, si ces malaises ne sont pas assez inquiétants pour les familles, les mères tentent de les gérer elles-mêmes, en fournissant des soins à la maison.

À ce sujet, Augustin et Christine (les jumeaux de la famille Pétrus) présentent un cas permettant d'observer les multiples dimensions sociales qui traversent les sens et les réactions face à ces douleurs. Ces enfants jugent que les maux de ventre dont ils souffrent fréquemment tirent leur origine de la *contagion* et qu'ils doivent les endurer discrètement. De plus, ils considèrent que ces douleurs et ces malaises appartiennent à leur vie privée. Ils ont ainsi tendance à ne pas en parler avec des personnes extérieures à la famille et à se replier sur l'espace familial. La notion de contamination et la discrimination sont à la base des interprétations et des façons de réagir de ces enfants.

D'une part, ils attribuent leurs maux au contact direct avec des personnes, des ambiances ou des objets qui sont porteurs de microbes et de virus. D'après eux, cette contagion est relativement fréquente, et ils se sentent assez vulnérables. D'autre part, ils perçoivent que les personnes qui les entourent, surtout à l'école, les considèrent d'une façon dévalorisante et discriminatoire lorsqu'ils manifestent ces symptômes. Ces enfants se perçoivent eux-mêmes et se sentent perçus comme des agents polluants. Par conséquent, ils s'éloignent des autres personnes, afin de ne pas les contaminer. Dans ce sens, ils se perçoivent comme des victimes d'un *rejet*, d'une discrimination de la part de leur entourage.

Ces enfants ont vécu certaines expériences de discrimination pendant leurs premières années de vie, à l'école et dans le quartier où ils habitaient à l'époque. Ils décrivent ces expériences passées comme semblables à celles qu'ils vivent toujours durant leurs derniers épisodes de

maux de ventre (à tel point qu'ils sont appelés *microbes* dans les deux cas). Même si les expériences de discrimination ont fait partie des relations quotidiennes qu'ils ont vécues avec leurs voisins et leurs camarades d'école, ce sont aussi des expériences qui semblent avoir des effets sur leurs façons de comprendre et de se représenter eux-mêmes et leur maladie, et de réagir en conséquence. En effet, ces jumeaux ne parlent de leurs douleurs à personne ; en revanche, ils essaient toujours de laisser passer ces maux ou de s'en aller alors chez eux, où ils se sentiront acceptés et soignés par leur mère et par les personnes de leur famille nucléaire.

Nous constatons toutefois une réaction différente dans la famille Roney, qui a aussi parlé de possibles causes biologiques aux maux de ventre des filles. Bien que ces deux familles partagent l'opinion selon laquelle les microbes se propagent facilement chez les personnes et dans les espaces quotidiens, la mère de la famille Roney joue un rôle plutôt actif pour les éviter, entreprenant plusieurs actions préventives, comme le fait d'éloigner ses filles des sources de contamination et de leur offrir un environnement et des aliments qui ne sont pas contaminés. Même si cette famille se perçoit elle-même comme vulnérable à l'environnement et aux « vecteurs » possibles de ces maladies, la mère fait des actions visant à éviter la contamination et elle prodigue des conseils à ses filles pour qu'elles apprennent à prendre soin d'elles-mêmes en suivant de telles mesures.

7.1.4 Les maux de ventre, les pressions scolaires et la souffrance sociale

En ce qui concerne l'impact des dimensions sociales sur l'émergence des maux de ventre, quelques familles concernées se disent stressées et vulnérables (notamment les familles Roney et Moïse). Jusqu'à un certain point, elles se croient victimes des contextes sociaux qui favorisent ces douleurs et elles se sentent incapables de les changer. Les familles ont tendance à réagir d'une manière plutôt passive, en endurant ces douleurs et en utilisant les ressources dont elles disposent. Même lorsqu'elles essaient de s'éloigner des conditions environnantes les plus pénibles, il semble que ce soit rare qu'elles y parviennent.

Les maux de ventre chez les enfants rencontrés font partie de la *souffrance sociale* de leur famille. La *souffrance sociale* peut être comprise comme les contradictions qui traversent l'identité des êtres humains dans une position donnée (Kleinman *et al.*, 1997). C'est une souffrance qui s'inscrit dans les corps, lorsque les sujets ne peuvent plus se réaliser

socialement et qu'ils ne peuvent parvenir à être ce qu'ils voudraient être. C'est le cas, par exemple, lorsque la personne est contrainte d'occuper une place qui l'invalide, la disqualifie ou encore la déconsidère. Ces contradictions engendrent une tension qui est intériorisée par l'individu qui n'a pas les moyens de sortir de cette position invalidante. La personne est confrontée à un conflit interne dont la genèse est externe, ce qui peut provoquer une fragilité somatique et mentale ne pouvant être atténuée que par un changement dans sa situation (De Gaulejac : 1996, cité dans Rossi 2007). La souffrance sociale est ainsi le produit d'une violence qui empêche de vivre les droits civils, politiques et sociaux, que ce soit à travers un statut, un travail, une structure familiale ou encore des politiques d'État (Rossi 2007). Elle est une manière de se voir affecté dans l'être psychique et somatique par l'être en société, et la conséquence de structures sociales inégalitaires, de rapports économiques et de pouvoirs accablants.

Toutes les familles rencontrées ont pris la décision d'émigrer de leurs pays d'origine (Haïti), dans le but d'améliorer leurs conditions de vie, notamment celles associées à leur sécurité et à leur accès aux ressources économiques. Quelques mères pensent que leur migration au Canada a eu des effets positifs sur l'état de santé des membres de la famille, et que les maux de ventre dont leurs enfants souffraient se sont améliorés. La femme et les filles de la famille Roney, par exemple, perçoivent que ces douleurs sont moins intenses et fréquentes qu'auparavant, lorsqu'elles vivaient à Port-au-Prince. D'après elles, cette évolution serait la conséquence de l'amélioration de leur santé mentale, elle-même associée au fait de vivre dans un environnement social et politique plus tranquille et plus stable.

Quelques enfants pensent que leurs relations sociales quotidiennes ont également une incidence sur le déclenchement de leurs maux de ventre. À la différence des mères, qui pensent plutôt aux causes économiques et d'insécurité, quelques filles croient que leurs relations quotidiennes et les rôles sociaux qu'elles doivent jouer à l'école, notamment, constituent les facteurs pouvant déclencher leurs maux de ventre. L'exigence de rendements et de bons résultats scolaires, la méfiance et le manque de transparence dans les relations avec leurs camarades d'école sont parmi les sources de tension les plus importantes chez ces filles.

En réaction, elles ont tendance à se replier sur elles-mêmes, à ne parler de leurs maux de ventre à personne. En revanche, ces filles transportent leurs plaintes dans l'espace familial, où elles s'appuient notamment sur leur mère. Celles-ci prennent soins de leurs enfants, en utilisant les ressources sur lesquelles elles peuvent compter au sein de la maisonnée. Elles ne cherchent pas d'aide à l'extérieur de la famille, car elles considèrent que ces maux de ventre ne sont pas très graves et qu'elles peuvent les gérer elles-mêmes. Même si leur marge de manœuvre est assez limitée, ces familles essaient également de changer leurs conditions de vie, en s'éloignant des environnements sociaux considérés comme néfastes. Les actions dans ce sens demeurent toutefois restreintes, et les enfants continuent à éprouver des malaises, mêlant leurs maux de ventre à des sentiments de vulnérabilité, d'isolement, de tristesse, d'incompréhension, de détresse et d'irritabilité. D'après Rossi (2007), la *souffrance sociale* prend tout son sens au sein d'une société où l'individu s'affirme de façon toujours plus marquante comme le seul gestionnaire capable de construire son existence, et où il assume une responsabilité accrue dans le déroulement de son parcours existentiel, avec l'impératif de la réussite et de l'adaptation.

7.1.5 Le pluralisme médico-religieux

Les pratiques religieuses constituent un autre moyen important de canaliser et d'atténuer les inquiétudes et les malaises associés aux maux de ventre. En effet, toutes les mères rencontrées jugent qu'observer la foi chrétienne et faire des prières – individuelles et collectives – aide à soulager les problèmes de santé des membres de leur famille. Ces pratiques religieuses sont complémentaires aux soins prodigués au sein de l'espace familial et aux consultations médicales. Le *pluralisme médical*, soit la pluralité de la demande et de l'offre de soins (Benoist : 1996, Rossi : 1997) est très répandu dans les familles ayant participé à cette recherche.

Les pratiques recueillies dans le cadre des interviews dépassent le seul cadre de la santé, pour occuper une place importante dans la vie de ces familles. D'après Benoist (1996) et Rossi (1997), le phénomène social dit de « pluralisme médical » constitue le lieu constamment redéfini d'une réponse pratique et d'une recherche de signification face à la souffrance. Il se présente comme une force toujours plus grande au sein des sociétés contemporaines, du fait que celles-ci participent du multiculturalisme caractérisé par une grande diversité de sens et de valeurs, que ce soit sur les plans social, culturel, religieux,

thérapeutique ou médical. De telles dynamiques se traduisent, notamment, par la mobilité croissante des savoirs et des personnes. Les migrations généralisées, les innovations technologiques, la globalisation économique, l'accélération de l'urbanisation sont autant de facteurs qui participent à une telle transformation des différentes sociétés contemporaines (Rossi 2007 : 17).

En Haïti, le pluralisme médico-religieux constitue la norme et il est composé de trois grands secteurs de soins relativement distincts les uns des autres, soit la médecine créole, la biomédecine et les Églises (Vonarx 2005). Les malades ont ainsi tendance à rechercher de l'aide dans divers secteurs des soins et ils choisissent leurs options thérapeutiques en fonction de leur entourage. Il n'est pas rare qu'au cours d'un même épisode de maladie, les savoirs personnels et des savoirs issus de plusieurs traditions médico-religieuses s'entremêlent. Il en est de même pour les familles rencontrées dans le cadre de ce mémoire, qui recherchent de l'aide dans différents espaces thérapeutiques. Notamment, les églises chrétiennes occupent une place remarquable auprès des familles, tout en ayant une place déjà toute préparée avant leur migration au Canada. D'ailleurs, même si la plupart de ces familles ne vivaient pas leur christianisme quand elles habitaient à Port-au-Prince, elles suivaient certaines pratiques religieuses qui avaient tendance à jouer un rôle important dans leurs façons de faire face à différents problèmes.

Par ailleurs, certaines familles ont eu des expériences négatives avec les services médicaux officiels en Haïti. Même si ces expériences ne constituent pas le motif principal pour lequel elles ne consultent pas les services de santé à Montréal, ces expériences créent l'opinion qu'elles se font des médecins en général et peuvent les décourager à utiliser les services médicaux locaux. De plus, quelques familles ont également vécu des expériences négatives quand elles se sont rendues chez des médecins à Montréal, comme de longues attentes dans les services d'urgence ou tout simplement pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste.

Les pratiques religieuses se trouvent parmi les principaux moyens de répondre aux différents problèmes auxquels sont confrontées les familles haïtiennes rencontrées. Les maux de ventre ne font pas exception à la règle. Certaines pratiques religieuses sont à la fois des processus de quête de bien-être, de santé, de salut ou encore de guérison. La religion peut également se trouver à la base de connaissances médicales, aider au maintien de la santé ou fournir un

sens à la maladie. Les pratiques religieuses renvoient parfois à une forme d'hygiène, tant morale que physique, et elles apportent de l'aide lorsque les personnes sont touchées par la maladie. De plus, la souffrance peut être soulagée, voire soignée par les vertus religieuse et spirituelle (Rossi 2007).

Enfin, la socialisation et le maintien de liens sociaux avec des personnes qui fréquentent les églises et les organismes communautaires locaux tendent également à favoriser le soulagement des maux de ventre chez ces enfants. La plupart de ces familles trouvent dans ces liens d'amitié et de solidarité une bonne occasion de diminuer leurs inquiétudes, leur anxiété et autres malaises pouvant résulter des différentes situations qu'elles vivent. De plus, ces liens sociaux se présentent comme des moyens efficaces à travers lesquels elles canalisent et soulagent, jusqu'à un certain point, ces maux. Ces amis et ces connaissances perçoivent les maux de ventre dont ces enfants souffrent comme des douleurs qui ne sont pas anormales, et ils échangent diverses interprétations avec les familles. Ainsi, la socialisation ayant lieu au sein des églises et des organismes communautaires favorise la circulation des interprétations et des sens associés aux maux de ventre et peuvent ainsi avoir des effets positifs sur leur soulagement.

7.2 Pas de diagnostic de maladie, pas de consultation médicale

On observe que tous les enfants rencontrés utilisent des termes communs (comme des *maux de ventre*, des *crampes* et des *douleurs d'estomac*) pour faire référence à leurs maux. De plus, ils ne font pas de distinctions remarquables entre les termes utilisés et ils ne font pas appel à la terminologie médicale pour nommer ces douleurs (comme des *troubles fonctionnels gastro-intestinaux*, par exemple). En effet, ces familles perçoivent les maux de ventre des enfants comme des douleurs et des malaises dépourvus de tout caractère maladif. En général, ces maux ne sont pas réifiés en tant qu'entité nosologique et ils ne sont donc pas considérés comme constituant un problème de santé nécessairement circonscrit au cadre médical.

Une telle sortie du cadre nosologique médical dérive possiblement du fait de ne pas avoir reçu de diagnostic médical (lorsqu'elles ont consulté des cliniciens⁴⁶). Les familles qui ont consulté les services médicaux sont généralement insatisfaites des réponses données par les médecins en matière d'explication et de guérison de ces maux. Une telle insatisfaction a renforcé la tendance qu'ont les familles à ne pas consulter fréquemment les services formels de médecine. En même temps, ces familles ne perçoivent pas les maux de ventre dont leurs enfants souffrent comme une maladie. Cependant, cette dynamique est complexe et paradoxale dans certains cas. Les familles oscillent toujours entre le désespoir et la confiance aux médecins, ceux-ci n'ayant pas confirmé l'existence d'une maladie chez les enfants. Elles ont tendance à rechercher des explications et des solutions dans d'autres espaces thérapeutiques, considérant souvent la médecine officielle comme leur dernier recours (quand les maux de ventre dépassent la capacité de tolérance et de gérance des enfants et de leurs mères). Mais en même temps, ces familles perçoivent les médecins comme des personnes qui détiennent le savoir et le pouvoir nécessaires pour faire face à ces douleurs. Ainsi, elles ne nient pas la capacité que les cliniciens ont de comprendre et de résoudre efficacement ces douleurs à d'autres moments donnés.

Même si en général ces familles considèrent que les maux de ventre de leurs enfants ne sont pas graves et qu'ils ne constituent pas vraiment un problème, elles ont vécu quelques épisodes plus problématiques qui y sont liés, et elles n'excluent pas la possibilité d'en connaître d'autres. Les maux de ventre qui ont une intensité et une fréquence élevées, de même que ceux qui sont accompagnés d'autres douleurs et de malaises assez forts et dérangeants, sont considérés comme les plus inquiétants. Le seuil de tolérance à ces maux, les notions de normalité et d'anormalité, de même que les réactions qui en découlent émergent des interprétations avancées par les enfants et par les mères. En effet, le plan

⁴⁶ Quoique les problèmes de ventre dont ces enfants souffrent n'ont presque jamais reçu de diagnostic médical, on fait référence aux *troubles fonctionnels de l'intestin*, puisqu'il s'agit d'une catégorie de maladie où aucune anomalie biochimique ou anatomique isolée ne peut à elle seule expliquer l'apparition de la douleur abdominale. Ainsi, bien que ces symptômes ne puissent se traduire par une manifestation organique, et que les cliniciens se trouvent dans l'impossibilité de fournir une explication claire des symptômes vécus par les patients, ceux-ci sont rassemblés sous la rubrique des *maladies* ou des *syndromes fonctionnels*.

organisationnel de la thérapie a toujours lieu au sein du groupe familial, la mère jouant un rôle déterminant dans la prise des décisions⁴⁷.

Ces enfants rencontrés n'ont pas de maux de ventre qu'ils ne peuvent supporter ou qui débordent la capacité de gestion et de contrôle de leur mère. Par conséquent, ces familles ont tendance à considérer que ces douleurs ne constituent pas un problème de santé auquel il faut faire face en recherchant de l'aide médicale⁴⁸. Parfois, les enfants éprouvent d'autres douleurs et d'autres malaises qui sont plus intenses et dérangeants que les maux de ventre. Il en est de même pour leurs familles, qui perçoivent et interprètent ces autres symptômes comme plus inquiétants et prioritaires. Ainsi, les maux de ventre sont placés au second plan et ils sont traités dans l'espace thérapeutique familial ou avec des ressources autres que celles de la médecine officielle.

7.3 La dynamique familiale

Les dynamiques qui s'installent à l'intérieur des familles sont des plus importantes pour comprendre les réactions face aux maux de ventre chez les enfants. Ainsi, la composition de la maisonnée et les interrelations familiales apparaissent comme des facteurs déterminants dans les réponses que les enfants des familles Chauvet et Pétrus ont données à leurs maux de ventre⁴⁹. Louis, le garçon de la famille Chauvet, prend presque toujours la décision de ne parler à personne de ses douleurs. Les relations tendues entre lui et sa mère semblent favoriser le manque de communication entre eux. De plus, l'isolement et le peu de liens sociaux de cette famille semblent servir de trame de fond à un tel repli sur soi, autant en ce qui concerne l'enfant qu'en ce qui a trait à la famille nucléaire.

En revanche, les enfants de la famille Pétrus communiquent toujours leurs maux de ventre à leur mère et ils ont tendance à rechercher du soulagement au sein de l'espace familial. De cette façon, ils obtiennent des gains secondaires, comme le droit de quitter l'école et de ne

⁴⁷Nous observons que ces familles nucléaires jouent le rôle de « therapy management group », considérant qu'elles représentent « the constellation of individuals who emerge to take charge of the sufferer during incapacitation » et « formulate a diagnosis, select and evaluate the treatment at the time of the sickness [...] exercises a brokerage function between the sufferer and the specialist » (Janzen 1987 : 68).

⁴⁸ De plus, le peu de personnes qui ont parlé de la possibilité d'avoir des maladies (comme le fibrome ou les calculs biliaires) ont dit que celles-ci sont des maladies dont d'autres personnes sont atteintes, mais qu'elles ne pensent pas que leurs enfants en souffrent, puisque leurs maux de ventre ne sont pas assez forts et fréquents.

pas faire le ménage à la maison. En général, si les enfants et leurs mères perçoivent que les soins donnés à la maison sont efficaces dans le soulagement des douleurs, ils ne voient pas le besoin de trouver de l'aide à l'extérieur de la famille. Par ailleurs, ces résultats positifs nourrissent la confiance que ces familles ont envers leurs propres capacités à gérer et à soulager ces maux ; elles auront alors tendance à réagir d'une façon semblable lors de futurs épisodes de maux de ventre.

Conclusion

En conclusion, la perception des maux de ventre et des autres symptômes, les sens et les explications que ces familles leur attribuent, et les actions qu'elles entreprennent dans le but de les soulager doivent être compris comme faisant partie d'une dynamique sociale complexe. La trajectoire de maladie ne se présente pas ici d'une manière linéaire, mais elle renvoie plutôt à une logique de type *feed-back*, dans la mesure où la perception des symptômes, l'attribution des sens et des explications, et les soins donnés à ces douleurs s'affectent mutuellement. Les dimensions sémantique et pragmatique interagissent d'une manière non pas linéaire et fixe, mais plutôt dynamique et pluridirectionnelle.

Les trajectoires migratoires et les dynamiques internes des familles jouent également un rôle important dans l'approche des maux de ventre. Les explications de ces douleurs apparaissent comme une sorte de laboratoire où les différentes matrices culturelles, les expériences de maladie vécues par le passé, les relations entre les membres de la maisonnée et les rôles sociaux à accomplir dans la société interagissent avec une grande fluidité. Ces facteurs servent de trame de fond à l'élaboration de significations et de trajectoires thérapeutiques dont l'usage et l'efficacité sont mis à l'épreuve d'une façon différente dans chaque groupe familial, avec la mère jouant généralement le rôle de chef d'orchestre.

En ce qui concerne l'alimentation, dans la plupart des familles rencontrées, elle occupe une place importante, autant en tant que modèle explicatif des maux de ventre que comme pouvoir de soulagement exercé par les mères. Dans la mesure où les habitudes alimentaires soulagent ces maux, les familles ne cherchent pas d'autres explications ni d'autres ressources à l'extérieur de l'espace familial. Les maux de ventre associés à des causes

⁴⁹ Ces familles constituent de bons exemples d'une tendance générale.

physiologiques (comme l'effort physique et le refroidissement chez les familles Chauvet, Roney et Moïse) sont aussi des cas où l'on ne cherche pas d'aide à l'extérieur de la cellule familiale. Par contre, les enfants et les mères qui considèrent que ces maux de ventre sont transmis par des virus et par des microbes ont tendance à consulter les services médicaux, se croyant vulnérables à un entourage néfaste ou polluant (c'est le cas des familles Pétrus et Roney, notamment). De même, les enfants et les mères qui attribuent les causes des maux de ventre à leurs conditions de vie et à leurs relations sociales quotidiennes ont tendance à se replier sur eux-mêmes, sans parler à personne de leur souffrance.

Le recours simultané à différentes méthodes de prise en charge et à divers espaces thérapeutiques constitue une réponse sociale qui va dans le sens de la complémentarité de différents univers de soins. Par ailleurs, lorsqu'on prend en considération les représentations et les pratiques que chaque individu nourrit autour de sa souffrance physique et mentale, il devient évident qu'on ne peut appréhender de telles représentations qu'à travers la reconstitution du parcours biographique de la personne, la trame sociale dans laquelle elle s'inscrit, les épisodes marquants et douloureux traversés, de même que les liens et les réseaux sociaux (Rossi 2007).

CONCLUSION

L'une des fonctions premières de ce mémoire était celle de constituer un d'apprentissage. Il visait à connaître et à poursuivre les différentes étapes de la recherche en sciences sociales, plus précisément en anthropologie médicale. Cette acquisition de connaissances a été réalisée à travers les différentes étapes liées à la concrétisation de cette étude : la revue des textes littéraires, la collecte des données, l'analyse et la présentation des résultats.

Ce mémoire visait à documenter les perceptions, les explications et les actions associées aux maux de ventre du point de vue des familles haïtiennes vivant à Montréal. Notre problématique s'est orientée vers l'analyse des symptômes, des significations et des explications qui sont attribuées à ces douleurs et des moyens de les soulager. Nous avons aussi voulu élucider l'articulation de ces niveaux sémiologique (les symptômes), interprétatif (les explications) et pragmatique (les actions), en faisant ressortir les tendances et les logiques qui traversent la trajectoire de ces maux. Une telle tâche a été accomplie à travers la collecte et l'analyse des récits des mères et de leurs enfants. De plus, la perspective de cette démarche intellectuelle a été inclusive, étant donné que les dimensions culturelle, sociale et historique des familles participant à cette recherche font partie de la façon dont elles interprètent et répondent à ce problème de santé. Ces dimensions s'inscrivent à leur tour dans des rapports sociaux reconstruits à travers la migration, les modalités d'établissement dans la société locale, les structures et les dynamiques familiales ainsi que les ressources sociales, symboliques et économiques dont disposent ces individus.

Dans le premier chapitre, nous avons présenté la problématique et un survol de la documentation sur le sujet, en poursuivant comme but celui d'esquisser les principales perspectives théoriques de l'anthropologie médicale. L'approche anthropologique interprétative, centrée sur les récits des enfants et sur ceux de leurs mères, a été choisie pour arriver à comprendre les maux de ventre tels qu'ils les voient eux-mêmes. Nous avons également adopté le point de vue constructiviste de la maladie, situant ces douleurs comme une entreprise sémantique et une construction sociale dynamique que l'anthropologie se doit d'appréhender dans la complexité de son expérience. Nous avons constaté que le mal de

ventre est le lieu de mélanges et de syncrétismes traversés par diverses matrices culturelles. Il est aussi construit dans une dimension collective, les familles nucléaires jouant un rôle important, avec leurs expériences par rapport aux problèmes de santé, leur histoire, leur dynamique familiale, leur parcours migratoire et leurs conditions de vie et économique.

De même, nous avons retenu une position critique par rapport aux conditions sociales, économiques, historiques et politiques dans lesquelles ces familles vivent. Une brève exposition des enjeux sociaux et politiques dans lesquels les Haïtiens de Montréal se trouvent a aussi été effectuée. Les Haïtiens de Montréal constituent une des populations immigrantes les plus nombreuses et dont le flux migratoire a été constant au fil des décennies. Ils constituent une des populations les plus défavorisées du point de vue économique et stigmatisées du point de vue symbolique. Nous avons aussi présenté un aperçu des études sur les stratégies des immigrants face aux soins de santé, face à la création et au maintien des liens sociaux et de solidarité. De telles stratégies tendent au pluralisme médical religieux, au recours aux multiples significations et solutions empruntées des différentes matrices culturelles.

Dans le deuxième chapitre, nous avons dressé un portrait général de la population haïtienne à Montréal. Nous avons eu recours aux données statistiques concernant les caractéristiques de ces immigrants qui vivent au Québec et à Montréal, étant donné qu'elles constituent des renseignements mis à jour qui sont disponibles. Les principaux aspects abordés ont été leur historique migratoire, leurs conditions socioéconomique et épidémiologique, leur localisation géographique, leur niveau de scolarité, leur organisation communautaire et leurs comportements par rapport aux services de santé. Néanmoins, nous avons constaté que de tels profils n'arrivent pas à faire voir l'hétérogénéité des personnes d'origine haïtienne vivant à Montréal. Ainsi, comme en témoigne la deuxième partie du troisième chapitre (celle concernant la méthodologie), chaque famille constitue un cas unique qui revêt des caractéristiques particulières en ce qui a trait à la structure familiale, aux conditions de vie, au parcours migratoire, à la santé de ses membres ainsi qu'à ses principaux liens de sociabilité. Néanmoins, et malgré une telle diversité, la famille reste la structure et le réseau social fondamental pour ces personnes, de même que leur tendance à maintenir des liens de socialisation et de soutien au sein des églises et des organismes communautaires.

Après avoir présenté le sujet de la recherche et le profil de la population étudiée, nous avons déterminé le cadre méthodologique que nous avons utilisé pour récolter les données du terrain et pour les analyser. Treize entretiens semi-dirigés, dont cinq avec des groupes familiaux et huit individuels avec des enfants, ont été réalisés. Nous avons abordé les variables sociodémographiques : l'âge, le sexe, l'histoire et la structure de la famille, le contexte migratoire, les événements marquants et la situation actuelle. Les autres variables que nous avons observées ont été de trois ordres : des variables *sémiologiques* : les signes, les symptômes physiques et psychologiques, les comportements et le rôle social ; des variables *interprétatives* : les modèles d'explication, la place des symptômes dans la vie quotidienne, les réactions émotives, les attitudes et les comportements en réaction au problème ; des variables *pragmatiques* : les actions et les soins sur le corps, les indulgences, les changements dans les relations familiales et dans les habitudes de vie, les rapports avec les services médicaux, l'absence de moyens et les consultations autres que médicales. La recherche sur le terrain de ce mémoire n'a pas été sans difficulté, le recrutement des répondants ayant été un travail long et difficile, à cause de la méfiance des familles au premier abord, des conditions imposées par quelques institutions et du temps restreint dont nous disposions. Les rencontres ont été favorisées par le fait que les femmes et nous-même partageons des réalités semblables sur le plan social, comme le fait de ne pas être d'ici, de vivre l'expérience de la migration et d'être des femmes venues de pays colonisés. L'ampleur de notre échantillon a été compensée par l'appui de cinq interviews réalisées auprès de familles latino-américaines comme toile de fond.

Dans le quatrième chapitre (celui concernant les signes et les symptômes), nous avons montré que les enfants utilisent des termes communs comme des *maux de ventre*, des *crampes* et des *douleurs d'estomac* pour faire référence à leurs maux, et que personne n'utilise de terme emprunté de la terminologie médicale pour nommer ces douleurs. En général, la majorité des enfants perçoivent leurs maux de ventre comme une expérience irrégulière dans sa fréquence et dans son lieu d'apparition, elle peut donc varier en intensité. Ces maux ont toujours eu une permanence tout au long des années, mais sans vraiment avoir un sens linéaire ou chronologique. De plus, les enfants et leurs mères ont rapporté différents symptômes liés aux maux de ventre, les plus fréquents étant les maux de tête, les vomissements, l'augmentation de la température et la diarrhée ; d'autres symptômes comme les saignements de nez et la constipation sont moins fréquents. Ces symptômes sont à leur

tour accompagnés d'autres sensations et sentiments dits « non physiques ». Ainsi, nous avons observé que ces maux dépassent la région ventrale, se mêlent et s'ajoutent à des douleurs et à malaises ressentis dans différents endroits de leur corps. Dans certains cas, ces autres douleurs peuvent devenir plus intenses, dérangementes et inquiétantes que les maux de ventre, et donc, elles auront priorité au moment de les traiter.

Il y a également une dimension émotionnelle et de rapport à autrui qui accompagne ces douleurs. En général, les enfants éprouvent des sentiments de tristesse, de solitude et d'incompréhension, de la fatigue, de l'irritabilité et de la colère. Quelques-uns ressentent une perte d'appétit et un manque d'énergie au moment de se livrer à leurs activités quotidiennes, et d'autres deviennent plus irritables et plus arrogants. Ainsi, ces enfants vivent les maux de ventre comme des situations où ils se mettent en rapport avec les personnes de leur entourage social et avec leur environnement. Cependant, en général, leurs mères et eux-mêmes ne pensent pas que ces douleurs soient associées à des événements et à des contextes spécifiques, donc qu'elles aient une possible causalité.

Dans le cinquième chapitre, nous avons documenté les explications que ces familles attribuent aux maux de ventre de leurs enfants. Elles sont provisoires et mises à l'épreuve à chaque épisode de mal de ventre. Les familles restent toujours dans l'incertitude. Les principales explications données ont des causes physiologiques (l'alimentation, l'effort physique, la température), des causes biologiques (les microbes, les virus, la génétique, d'autres maladies) ou des causes sociales (des tensions scolaires, des conflits avec d'autres, de la morale). Ces multiples explications et significations démontrent que l'interprétation des maux de ventre se trouve dans un processus de reconfiguration constante, où plusieurs significations se partagent la scène. Nous avons constaté que les maux de ventre dont ces enfants souffrent ne sont pas de simples répertoires de savoirs populaires ou médicaux. Ils ne sont réductibles, ni à des réseaux réifiés de significations ni à des modèles explicatifs ou à des théories formalisées. Ils entraînent des processus de fluidité, de syncrétisme, de métissage et de créolisation à partir de différentes matrices culturelles.

Dans le sixième chapitre, nous avons présenté les espaces thérapeutiques privilégiés par ces familles dans leur quête de soulagement des maux de ventre chez leurs enfants. De tels espaces thérapeutiques constituent un phénomène social dynamique qui s'articule autour de

l'espace familial, de la médecine officielle et autres ressources alternatives. En général, les familles essaient de gérer et de soulager elles-mêmes ces douleurs, les considérant comme faisant partie de leur vie privée. L'espace familial est le principal espace thérapeutique de soulagement de ces maux. Cet espace familial s'est circonscrit à la famille nucléaire, dans laquelle la mère joue le rôle principal, autant dans la prise de décisions que dans les actions entreprises. S'approcher physiquement de la mère et se coucher près d'elle se trouve parmi les actions préférées de la majorité de ces jeunes au moment de soulager leurs maux de ventre. Néanmoins, ces douleurs ne sont pas strictement circonscrites à l'espace familial, elles sont aussi canalisées à travers des réseaux sociaux qui jouent entre leur vie privée et leur vie publique. La socialisation au sein des églises chrétiennes et des organismes communautaires permet de créer et de maintenir des liens de solidarité efficaces et quelques pratiques visant le soulagement des maux de ventre (comme les prières et les remèdes domestiques). Enfin, les mères prennent la décision de se rendre chez les médecins quand ces douleurs ont une durée et une intensité trop forte, et après avoir essayé plusieurs remèdes domestiques sans résultats positifs. Néanmoins, ces femmes ont des opinions ambivalentes à l'égard des médecins, à cause de leur incapacité à fournir un diagnostic clair et un remède efficace pour les maux de ventre de leurs enfants. Cette incapacité a beaucoup déçu ces familles et elle a eu pour résultat d'instaurer une tendance à ne pas consulter les services médicaux.

Dans le dernier chapitre, nous avons élucidé l'articulation des symptômes, des explications attribuées et des actions entreprises par ces familles face aux maux de ventre de leurs enfants. Nous avons fait ressortir les logiques et les tendances des différentes dimensions (sémiologique, sémantique et pragmatique) qui traversent la trajectoire de ces douleurs. Nous avons constaté que ces logiques sont des processus propres à l'une ou à l'autre famille, et qu'aucune ne fait office de « loi générale ». La perception des maux de ventre, les explications et les significations que ces familles leur attribuent, et les actions qu'elles entreprennent dans le but de les soulager doivent être comprises comme faisant partie d'une dynamique sociale complexe. La trajectoire de cette « maladie » ne se présente pas ici d'une manière linéaire, mais elle renvoie plutôt à une logique de type *feed-back*, dans la mesure où la perception des symptômes, l'attribution des sens et les soins donnés à ces douleurs se touchent mutuellement. Les dimensions sémantique et pragmatique interagissent d'une manière non pas linéaire et fixe, mais plutôt dynamique et pluridirectionnelle.

L'alimentation occupe une place importante, autant en tant que modèle explicatif des maux de ventre que comme pouvoir de soulagement exercé par les mères. Dans la mesure où les habitudes alimentaires soulagent ces maux, les familles ne cherchent pas d'autres explications ni d'autres ressources à l'extérieur de l'espace familial. Les maux de ventre associés à des causes physiologiques, comme l'effort physique et le refroidissement, sont aussi des cas où les enfants ne cherchent pas d'aide à l'extérieur de la cellule familiale, mais où ils ont tendance à agir comme sujets autonomes du soulagement de leurs maux de ventre. Par contre, les familles qui considèrent que ces douleurs sont transmises par des virus et par des microbes ont tendance à consulter les services médicaux, se croyant vulnérables à un entourage néfaste ou polluant. De même, ceux qui attribuent les causes de ces maux à leurs conditions de vie et à leurs relations sociales quotidiennes ont tendance à se replier sur eux-mêmes, sans parler de leur souffrance à personne.

Le recours simultané à différentes méthodes de prise en charge et à différents espaces thérapeutiques constituent les réponses les plus répandues chez ces familles. Par ailleurs, lorsqu'on prend en considération les représentations et les pratiques de chaque individu et celles que chaque groupe familial nourrit autour de ses souffrances physiques et mentales, il devient évident qu'on ne peut appréhender de telles représentations qu'à travers la reconstitution des parcours biographiques des personnes et des familles ainsi qu'à travers la trame sociale dans laquelle elles s'inscrivent. Nous nous sommes rendu compte que les trajectoires migratoires et les dynamiques internes des familles jouent un rôle important dans leur approche des maux de ventre. Les explications de ces douleurs forment une sorte de laboratoire où les différentes matrices culturelles, les expériences de maladies vécues dans le passé, les relations entre les membres de la maisonnée et les rôles sociaux à accomplir dans la société interagissent. Ces facteurs servent de trame de fond à l'élaboration de significations et de trajectoires thérapeutiques dont l'usage et l'efficacité sont mis à l'épreuve d'une manière différente dans chaque groupe familial, la mère jouant généralement le rôle de chef d'orchestre.

Enfin, dans les récits racontés par ces familles, leurs histoires ont souvent pris la forme de récits de souffrance. Ces récits, fragmentés et hétérogènes, sont teintés par une migration désirée et obligée à la fois, par l'éloignement de leurs proches et par la création de nouveaux liens sociaux ainsi que par des expériences passées de violence et de pauvreté et par des

conditions de vie précaires. Nous avons trouvé des récits de souffrance où la santé des proches et des enfants partage la place avec d'autres préoccupations aussi inquiétantes pour les familles. Ce sont des récits où les maux de ventre de ces enfants font partie d'une souffrance sociale plus ample qui plonge ses racines dans les conditions politiques, économiques et sociales dans lesquelles ces familles évoluent.

BIBLIOGRAPHIE

- Abu-Lughod, L. 1991. *Writing against culture*, Blackwell Pub.
- Agamben, G. 1999. « Une biopolitique mineure : un entretien avec Giorgio Agamben », *Vacarme* 10, p. 4-10.
- Appadurai, A. 2001. *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris : Payot.
- Ashcroft, B., G. Griffiths et H. Tiffin 2000. *Post-Colonial Studies. The Key Concepts*, New York : Routledge.
- Argant-Le Clair, M.-C. 1991. *Primiparentalité et rites de passage chez des couples québécois et haïtiens*, Montréal : Université de Montréal, Thèse (D. Ps.).
- Augé, M. 1994. *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris : Aubier.
- Barthes, R. 1985. *L'aventure sémiologique*, Paris : Éditions du Seuil.
- Barthes, R. 1972. « Sémiologie et médecine » dans Bastide R. (dir.) *Les sciences de la folie*, Paris : Mouton.
- Bastide, R. 1972. *Les sciences de la folie*, Paris : Mouton.
- Battaglini A. et al. (dir.) 2000. *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*, Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Benoist, J. (dir.) 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Les Éditions Karthala.
- Bibeau, G. et Fortin S. 2008. « Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique » dans Frohlich et al.. (dir.) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bibeau, G. 2006. « Les Églises noires de Montréal : une voie vers la citoyenneté? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n° 1, p. 202-211, Université de Laval.
- Bibeau, G. 2004. « Une anthropologie de l'enfant : cadre pour une pédiatrie interculturelle », De Plaen, S. (dir.) *Soins aux enfants et pluralisme culturel*, Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Bibeau, G. et E. Corin. 1995. « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale », Trudel F., P. Charest et Yvan Breton (dir.)

La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adelard Tremblay, chapitre 9. p. 105-148, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bibeau, G. et al. 1992. *La Santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*, Québec : G. Morin, Comité de la santé mentale du Québec.

Bibeau, G. 1991. « Una enfermedad en las Américas », Pinzon, C. et al. (ed.) *Cultura y salud en la construcción de las Américas – Reflexiones sobre el sujeto social-*, Bogota: Colcultura, Centro Internacional para el Desarrollo de los Pueblos.

Bibeau, G. et al. 1987. *À la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé*, Québec : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Bibeau, G. et E. Corin. (ed.). 1994. *Beyond textuality : asceticism and violence in anthropological interpretation*, New York : Mouton de Gruyter.

Bijoux, L. 1990. *Coup d'œil sur la famille haïtienne*, Port-au-Prince : Éditions Des Antilles.

Boucard, A. 2004. *La communauté haïtienne de Montréal : essai de sociologie*, Québec : Fondation littéraire Fleur de Lys.

Bourdieu, P. 1980. *Le sens pratique*, Paris : Les Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. 1990. *The logic of practice*, U.S.A. : Standford University Press.

Bourhis, R., C. Moise, S. Perreault et D. Lepicq. 1998. « Immigration et intégration : vers un modèle d'acculturation interactif », *Cahiers des conférences et séminaires scientifiques*, n° 6, Montréal : Chaire Concordia-UQAM en études ethniques.

Brodwin, P. 1996. *Medicine and morality in Haïti : the contest for healing power*, New York : Cambridge University Press.

Camilleri C. et al. 1990. *Stratégies identitaires*, Paris : Presses universitaires de France.

Capps, L. 1994. « Change and continuity in the medical culture of the Hmong in Kansas city », *Medical Anthropology Quarterly*, 8(2), p. 161-177.

Carle, M.-E. 2005. *Capital social et détresse psychologique : deux réalités connexes*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en intervention sociale, Université du Québec à Montréal.

Cathébras. 2006. *Facteurs étiologiques de la somatisation et des symptômes fonctionnels*, France : Masson.

Choe J. et al. 2006. « Heat in their intestine : Colorectal cancer prevention beliefs among older Chinese Americans », *Ethnicity & Disease*, 16 : p. 248-254.

Cohen-Émerique, M. 1993. « L'approche interculturelle dans le processus d'aide », *Santé mentale au Québec*, XVIII, 1, p. 71-92.

Compere et Craan. 1995. « De la fragilisation à la marginalisation. Un regard critique sur la communauté haïtienne de Montréal », *PRISME*, vol.5, n° 1, p. 68-77.

Corbin J. et A. Strauss. 2008. *Basics of qualitative research, USA* : Sage publications.

Corin, E. 1998. « Les figures de l'étranger », *PRISME*, vol. 8, n° 3, p. 194-204.

Corin, E., G. Bibeau et E. Uchôa 1993. « Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali », *Anthropologie et sociétés*, vol. 17., n° 1-2, p. 125-156.

Corin, E. *et al.* 1992. « Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions », *Psychopathologie Africaine*, n° 24, p. 183-204.

Costa-Lascoux, M.-E. *et al.* 2000. *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires*, Paris : L'Harmattan.

Craan et Lejacques. 1993. *La santé mentale dans la communauté haïtienne : ouverture et partage*, Montréal : Association canadienne pour la santé mentale.

Crane C. *et al.* 2004. « Illness-related parenting in mothers with functional gastrointestinal symptoms », *American Journal of Gastroenterology*, 99, 4, p. 694.

Cuche, D. 2004. *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris : Éditions La Découverte.

Das, V. 2008. « Lenguaje y cuerpo : transacciones en la construcción del dolor », Ortega F. (edit.) *Veena Das : sujetos del dolor, agentes de dignidad*, Bogota : Ruben's Impresores Editores.

Das, V. 2008. « Wittgenstein y la antropología », Ortega F. (edit.) *Veena Das : sujetos del dolor, agentes de dignidad*, Bogota : Ruben's Impresores Editores.

De Koninck, M. 2008. « Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé », Frohlich, K., M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

Deleuze, G. 1989. « Qu'est-ce qu'un dispositif ? », Collectif, *Michel Foucault philosophe*, Paris : Seuil, p. 185-195.

Denzin, N. et Y. Lincoln (éds.) 2000. *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks : Sage Publications.

De Oliveira, M. 2000. « Les liens de saint et de sang », *Les Cahiers d'Anthropologie*, n° 3, p. 47-56.

- Depestre, R. 1998. *Le Métier à métisser*, Paris : Stock.
- DeSantis, L. et J. Thomas 1990. « The immigrant Haïtian mother : transcultural nursing perspective on preventive health care for children ». *Journal of Transcultural Nursing*, 2 (1), p. 2-15.
- Desclaux, A. 1996. « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », Benoist J. *Soigner au pluriel*, Paris : Éditions Karthala.
- Dessio W, C. Wade *et al.* 2004. « Religion, spirituality and healthcare choices of African-American women : results of a national survey », *Ethnicity & Disease*, 14, p. 189-197.
- Dieudonné, I. 1996. *Intervenir auprès de la clientèle d'origine haïtienne dans le cadre de la protection de la jeunesse*, Montréal : Les Centres jeunesse de Montréal.
- Dreyfus, H. et P. Rabinow. 1984. *Michel Foucault. Un parcours philosophique*, Paris : Gallimard.
- Drossman, D. (ed.) 2000. *The fonctionnal gastrointestinal disorders*, USA : Degnon Associates.
- Dubuisson, W. 1988. *Immigration et intégration sociale des Haïtiens au Québec*, Sherbrooke : Naaman
- Duclos, V. 2008. *L'envers de l'imaginé : la détresse comme discours socioculturel chez les migrants indiens de Montréal*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures M. Sc. en Anthropologie.
- Durand, Yves. 1980. « Structures familiales en Haïti », *Ethno-psychologie*, (35), p. 47-51.
- Eco, U. 1985. *Lector in fabula*, Paris : Éditions Bernard Grasset.
- Fainzang, S. 2001. *Médicaments et société*, Paris : Presses universitaires de France.
- Farmer, P. 2003. *Pathologies of power : health, human rights, and the new war on the poor*, Berkeley : University of California Press.
- Farmer, P. 1988. « Bad blood, spoiled milk: bodily fluids as moral barometers in rural Haiti », *Medical Anthropology*, 15(1), p. 62-83.
- Fassin, D. 2000. « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migration*, p. 5-12.
- Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé*, Paris : Presses universitaires de France.
- Faure, C. *et al.* 2007. « Somatic referral of visceral sensations and rectal sensory threshold for pain in children with functional gastrointestinal disorders », *The Journal of Pediatrics*, vol. 150, p. 66-71.

Faure, C. 2006. « Douleurs abdominales fonctionnelles : is it in the brain or in the second brain ?, Conférence, CHU-Sainte Justine, inédit.

Fields, S. 2001. « The health belief system of African-Americans: Essential information for today's practicing nurses », *Journal of Multicultural Nursing & Health*.

Fortin, S. et Le Gall, 2008. « Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé : enjeux théoriques, perspectives anthropologiques », *Enfances, familles, générations*, n°6, p.291-317.

Fortin S. et E. Laprise. 2007. « L'espace clinique comme espace social », dans M. Cagnet et C. Montgomery. *L'éthique de l'altérité*. Montréal : Les Presses de l'Université Laval, p. 191-214.

Fortin, S. 2006. « Urban diversity and the space of the clinic. Or when medicine looks at culture », *Medische Antropologie*, 18 (2), p. 365-385.

Fortin, S. 2004. « Les enjeux et les défis d'une pratique pédiatrique en contexte pluraliste : réflexions théoriques », De Plaen, S. (dir.) *Soins aux enfants et pluralisme culturel*, Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, p. 87-105.

Fortin, S. et J. Renaud. 2004. « Stratégies d'établissement en contexte montréalais », *Racisme et discrimination*, Montréal : Presses de l'Université Laval.

Fortin, S. 2002. « Social ties and settlement processes : French and North African migrants in Montréal », *Canadian Ethnic Studies*, XXXIV, n° 3, p. 76-98.

Fortin, S. 2000. *Destins et Défis. La migration libanaise à Montréal*. Montréal : Éditions Saint-Martin.

Fortin, S. 2000. « Pour en finir avec l'intégration... », *Document de travail, Groupe de recherche ethnicité et société*, Montréal : Centre d'études ethniques, 34 p.

Foucault, M. 1977. « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et Écrits*, vol. III, p. 298-329, Paris : Gallimard.

Foucault, M. 1971. *L'ordre du discours : leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris : Gallimard.

Foucault, M. 1975. *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris : Gallimard.

Foucault, M. 1994. *Dits et Écrits 1954-1988*, vol. 4, Paris : Gallimard.

Foucault, M. 1997. *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1975-1976)*, p. 21-73 et 213-235, Paris : Seuil.

Frohlich, K., E. Corin et L. Potvin. 2008. « La relation entre contexte et maladie : une proposition théorique » Frohlich *et al.* (dir.) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

Gervais, M. et S. Jovchelovitch. 1998. « Health and identity: the case of the Chinese community in England », *Social Science Information*, vol. 37, n° 4, p. 709-729.

Giddens, A. 1984. *The constitution of society : outline of the theory of structuration*, U.S.A.: The University of California Press.

Good, B. 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Good, B. et M.-J. DelVecchio. 1993. « Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie, *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1-2, p. 21-42.

Good, MJDG., Brodwin, P., Good, B., Kleinman, A. 1992. *Pain as human experience : an anthropological perspective*, U.S.A. : University of California Press.

Gouvernement du Québec. 2009. « Fiche synthèse sur l'immigration au Québec », Québec : Immigration et Communautés culturelles.

Gouvernement du Québec. 2005. « Population d'origine ethnique haïtienne », *Portrait statistique de la population d'origine ethnique haïtienne recensée au Québec en 2001*, Québec : Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec. 1995. « Communauté haïtienne du Québec », *Profils des communautés culturelles du Québec*, Québec : Les publications du Québec, p. 249-262.

Gravel, S. et A. Battaglini. 2000. *Culture, santé et ethnicité*, Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Groddeck, G. 1991. *L'être humain comme symbole*, Paris : Éditions Gérard Lebovic.

Groleau, D. 2005. « La détresse et l'enfantement : l'*hyperemesis gravidarum* revisité en contexte migratoire », *L'évolution psychiatrique*, 70, p. 623-641.

Gronseth, A. 2006. « Experiences of Illness and Self. Tamil Refugees in Norway Seeking Medical Advice in Johannessen and Lazar », *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*, 4, p. 148-162.

Guérard, F. 1996. *Histoire de la santé au Québec*, Canada : Collection Boréal Express.
Hueifang, C. *et al.* 2006. « Lay beliefs about hepatitis among North American Chinese : implications for hepatitis prevention », *Journal of Community Health*, 31(2).

Hannerz, U. 1993. *Cultural complexity : studies in the social organization of meaning*, New York : Columbia University Press.

Hueifang, C. *et al.* 2006. « Lay beliefs about hepatitis among North American Chinese : implications for hepatitis prevention », *Journal of Community Health*, 31 (2).

Hurbon, L. 1988. *Le barbare imaginaire*, Paris : Cerf.

Icart, J.-C. 1995. « La contribution des immigrants au développement de leur pays d'origine : La communauté haïtienne de Montréal », *Rapport présenté au centre de développement de l'OCDE*.

Janzen, J. 1987. « Therapy Management : concept, reality, process », *Medical anthropology quarterly*, New Series, vol.1, n° 1, p. 68-84.

Johannessen, H. et I. Lázár (eds.) 2006. *Multiple medical realities. patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*, New York : Berghahn Books.

Kanasawa, M. *et al.* 2004. « Patients and nonconsulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel problems have more impaired psychological distress », *Dig Dis Sci*, 49, p. 1046-1053.

Kirmayer, L. 2004. The cultural diversity of healing : meaning, metaphor and mechanism, *British Medical Bulletin*, (69), p. 33-48.

Kirmayer, L. *et al.* 1998. *Culture and Somatization : Clinical epidemiological, and ethnographic perspectives*, 60 (4), p. 420-430.

Kleinman, A., V. Das et M. Lock. 1997. *Social suffering*, USA : University of California Press.

Kleinman, A. 1988. *The illness narratives : suffering, healing, and the human condition*, New York : Basic Books.

Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture*, USA : University of California Press.

Lachal, Ch. 2000. « L'âme du ventre », *PRISME*, n° 32, p. 46-60.

Laguerre, M. 1987. *Afro-Caribbean folk medicine*, Massachusetts : Bergin & Garvey.

Laplantine F. et A. Nouss. 1997. *Le métissage*, France : Flammarion.

Lara M. et M. Worboys (éds.). 1997. *Migrants, Minorities and Health*, London : Routledge.

Ledoyen, A. 1992. *Montréal au pluriel. Huit communautés ethnoculturelles de la région montréalaise*. Institut québécois de recherche sur la culture, Document de recherche n° 32.

Lépine, V. 2008. *Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne. Portrait global des Québécois d'origine haïtienne*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Gap Vies, COCQ-Sida.

Leslie, Ch. 1975. *Paths to Asian medical knowledge*, Berkeley : University of California Press.

Levin, B. (ed.). 1987. *The Caribbean exodus*, New York : Praeger.

Levy *et al.* 2006. « Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders », *Gastroenterology*, 130, p 1447-1458.

Lindley, Kj. *et al.* « Consumerism in healthcare can be detrimental to child health : lessons from children with fonctionnal abdominal pain », *Arch Dis Child*, 90, p. 335-337.

Lirus, J. 1979. *Identité antillaise : contribution à la connaissance psychologique et anthropologique des Guadeloupéens et des Martiniquais*, Paris : Éditions caribéennes.

Lock, M. 2002. « Medical Knowledge and Body Politics », MacClancy, J. (ed.) *Exotic no more : Anthropology on the front lines*, Chicago : University of Chicago Press, p. 190-208.

Martikainen, T. 2004. « Immigrant religions and structural adaptations », *Zeitschrift für Missionswissenschaft und Religionswissenschaft (ZMR)*, 88, p. 264-274.

Marzano, M. (dir.) 2007. *Dictionnaire du corps*, Paris : Presses universitaires de France.

Masud *et al.* 2001. « Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh : prevalence, symptoms pattern and health care seeking behaviour », *American Journal of Gastroenterology*, 96, 5, p. 1547-1552.

Massé, R. 1995. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal : Gaëtan Morin.

Mayer R. et F. Ouellet (ed.). 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal : Gaëtan Morin.

Mayer-Renaud, M. 1991. *Isolement et insularité. Une revue de la littérature sur l'isolement social des familles*, Montréal : Services auxiliaires, DRMF.

McAll, C. 2008. « Transfert des temps de vie et « perte de la raison » : l'inégalité sociale comme rapport d'appropriation », Frohlich *et al.* (dir.) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

McAll, C., L. Tremblay et F. Le Goff. 1997. *Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*, Montréal : Éditions Saint-Martin.

Meintel, D. 1993. « Nouvelles approches constructivistes de l'ethnicité », *Culture*, n° 13, p. 5-9.

Métraux A. 1958. *Le vaudou haïtien*, Paris : Gallimard.

Miller, N. 2000. « Haitian Ethnomedical Systems and Biomedical Practitioners : Directions for Clinicians ». *Journal of Transcultural Nursing*, 11(3), p. 204-211.

Mintz, S. et Price, R. 1992. *The birth of African-American culture : an anthropological perspective*, U.S.A. : Beacon Press.

Moretti, C. 1991. « La médecine créole, ses origines », *Encyclopedie des Médecines Naturelles*, Paris : Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération.

Mossière, G. 2006. « Former un citoyen utile au Québec et qui reçoit de ce pays : Le rôle d'une communauté religieuse montréalaise dans la trajectoire migratoire de ses membres » *Les Cahiers du Gres*, vol. 6, n° 1, p. 45-61.

Nichter M. et M. Lock. (eds.) 2002. *New Horizons in Medical Anthropology*, New York : Routledge.

Okeke *et al.* 2005. « Prevalence of irritable bowel syndrome in a Nigerian student population », *Afr J Med Sci*, 34, 1, p. 33-36.

Olubuyide *et al.* 1995. « A study of irritable bowel syndrome diagnosed by Manning criteria in ana African population », *Dig Dis Sci*, 40, 5, p. 983-985.

Ortega, F. 2008. « Rehabitar la cotidianidad », Ortega F. (ed.) *Veena Das : sujetos del dolor, agentes de dignidad*, Bogota : Ruben's Impresores Editores.

Pandolfi, M. 1993. « Boundaries inside the body : women's suffering in southern peasant Italy ». *Cult. Med. Psychrique*, 14, p. 255-273.

Pandolfi, M. 1993. « Le self, le corps, la crise de la présence », *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1-2, p. 57-78.

Perreault M. et G. Bibeau. 2003. *La Gang : une chimère à apprivoiser. Marginalité et transnationalité chez les jeunes Québécois d'origine afro-antillaise*, Québec : Boréal.

Pfleiderer, B. et Bibeau, G. (eds.). 1991. « Anthropologies of medicine », *Journal of Indian medicine*.

Pica, L. 2004. *Faits saillants de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants d'origine haïtienne*, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Piché, V. et J. Renaud. 2003. « L'insertion économique des nouveaux immigrants sur le marché du travail : une approche longitudinale », *Sociologie et sociétés*, vol. 35, p. 183.

Piché, V., J. Renaud et J.-F. Godin. 2003. « L'origine nationale et l'insertion économique des immigrants au cours de leurs dix premières années au Québec », *Sociologie et sociétés*, vol. 35, p. 165-184.

Piché, V., Serge Larose et Micheline Labelle. 1983. *L'Immigration caraïbéenne au Canada et au Québec : aspects statistiques*, Montréal : Centre de recherches Caraïbes, Université de Montréal, 189 p.

Pierre-Jacques, C. et al. (dir.) 1982. *Actes du Colloque sur l'enfant haïtien en Amérique du Nord : santé, scolarité, adaptation sociale*, Montréal : Centre de recherches caraïbes, Université de Montréal.

Pierre-Jacques, C. 1980. *Le jeune haïtien et l'école québécoise*, Montréal : Centre de recherches caraïbes, Université de Montréal.

Pinzon C. et G. Garay. 2008. "Subjetividades sociales entre estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia" dans Pinzon et al. (eds.) *Para cartografiar la diversidad de l@s jóvenes*, Bogota : Universidad Nacional de Colombia.

Pinzón C. et al. 2004. « Rituales hegemónicos. Rituales populares. Instantáneas cartográficas » dans Laverde M. et al. (eds.) *Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas*, Bogotá : Universidad Central, DIUC, Siglo del Hombre Editores.

Portes A. et J. DeWind. 2007. *Rethinking Migration : New Theoretical and Empirical Perspectives*, New York : Berghan Books, 432 p.

Potvin, M. 2000. « Racisme et citoyenneté chez les jeunes québécois de la deuxième génération haïtienne », M., Potvin, B. Fournier et Y. Couture (dir.) *L'individu et le citoyen dans la société moderne*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 185-225.

Raphael, F. 2006. « Grossesses hors mariage dans les familles haïtiennes », *Revue Santé mentale au Québec*, XXXI, n° 2, p. 165-178.

Rasquin et al. 2006. « Childhood functional gastrointestinal disorders : child/adolescent », *Gastroenterology*, vol. 130, p. 1527-1537.

Renaud, J., A. Germain et X. Leloup. 2004. *Racisme et discrimination*, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Ritzer, G. (ed.) 2005. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, vol. I, Oxford : Blackwell Publishing.

Rossi, I. 2007. « Quêtes de spiritualité et pluralisme médical : reconfigurations contemporaines » dans Gauthier-Durisch, N., I. Rossi et J. Stolz (eds.) *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérison spirituelles*, Genève : Éditions Labor et Fides.

Rossi, I. 2003. « Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration », *Médecine et Hygiène*, 2455, p. 2039-2042.

Rousseau, C. 1998. « Se décentrer pour cerner l'univers du possible. Penser l'intervention en psychiatrie transculturelle ». *Prisme*, vol. 8, n° 3.

Roy, B. 2003. *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*, Montréal : Les Presses de l'Université Laval.

Said, E. 1980. *L'Orientalisme*, France : Éditions du Seuil.

Saillant, F. 1999. Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n°2, p. 15-39.

Schantz, S., S. Charron *et al.* 2003. « Health seeking behaviors of Haitian families for their school aged children », *J Cult Divers*, 10(2), p. 62-68.

Scheper-Hughes, N. et M. Lock. 1987. « The Mindful Body : A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropologie Quarterly*, New Series, vol. 1, n° 1, p. 6-41.

Schützenberger, A et D. Ghislain. 2003. *Ces enfants malades de leurs parents*, Paris : Éditions Payot et Rivages.

Soulet, M.-H. (ed.) 2007. *La souffrance sociale*, Suisse : Academic Press Fribourg.

Sterlin, C. 2006. « Pour une approche interculturelle du concept de santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 11, n° 1, p. 112-121.

St-Germain, D. 2000. *Conception de l'hypertension artérielle chez des Montréalais (es) hypertendus (es) d'origine haïtienne*, Montréal : Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières.

Strauss, A. 1992. *La trame de la négociation*, Paris : Éditions L'Harmattan.

Taboada-Leonetti, I. 1994. « Stratégies identitaires et minorités dans les sociétés pluriethniques », *Revue internationale d'action communautaire*, 21, 61, p. 95-108.

Talley N. J. *et al.* 2002. « Irritable bowel syndrome : a little understood organic bowel disease ?, *Lancet*, 360, 9332, p. 555-564.

Tandonnet, M. 2003. *Migrations. La nouvelle vague*, Paris : L'Harmattan.

Tobie, N. 1994. *L'influence qui guérit*, Paris : O. Jacob.

Tremblay, J. 1995. *Mères, pouvoir et santé en Haïti*, Paris : Éditions Karthala.

Vidal, J.-M. 2000. « L'adolescence à Mayotte », *Les cahiers d'Anthropologie*, n° 3, p. 57-68.

Vizcarra, I. 1999. « Au-delà de l'assiette. L'acte alimentaire dans la société et la culture (essai bibliographique) », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, p. 145-151.

Vonarx, N. 2005. *Le voodoo haïtien : système de soins ou religion? Situer le vodou au sein du pluralisme médico-religieux en Haïti*, Thèse d'anthropologie réalisée à l'Université Laval.

Walker, L. S. *et al.* 1998. « Recurrent abdominal pain : a potential precursor of irritable bowel syndrome in adolescent and young adults », *Journal of Pediatrics*, 132, 6, p. 1010-1015.

Yearwood, E. 2007. « Child Health Care Decision Making and Experience of Caribbean Women », *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 21, n° 6, p. 89-98.

Sites Internet

Statistiques Canada, 2009. Recensement de 2006. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/p5-fra.cfm>.

Statistiques Canada, 2008. Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, avril 2008. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/pdf/97-557-XIF2006001.pdf>.

Statistiques Canada, 2001. Recensement de 2001. <http://www12.statcan.gc.ca/francais/census01/products/standard/themes/DataProducts.cfm?S=1>.

Entraide bénévole Kouzin Kouzin'. <http://www.familis.org/kouzin/index.php>.

Institut de la statistique Québec (ISQ), 2009. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/con_rev/con_rev_7.htm

Appendice A

Population selon certaines origines ethniques, par régions métropolitaines de recensement
(Recensement de 2006)

Population selon certaines origines ethniques, par régions métropolitaines de recensement (Recensement de 2006)

(Montréal)

Montréal

Total - Origine ethnique	3 588 520	2 591 825	996 690
Autres origines nord-américaines	1 747 070	1 170 170	576 900
Canadien	1 670 655	1 119 010	551 645
Origines françaises	946 295	367 105	579 185
Français	936 990	362 450	574 545
Origines européennes	737 770	412 190	325 585
Origines sud-européennes	429 585	269 570	160 005
Origines des îles britanniques	394 785	81 240	313 540
Italien	260 350	161 910	98 435
Irlandais	216 415	37 155	179 255
Origines arabes	180 860	130 660	50 200
Origines d'Europe orientale	157 885	72 370	85 510
Origines asiatique d'Est et du Sud-Est	156 135	131 220	24 910
Anglais	148 095	25 375	122 720
Origines d'Europe occidentale	130 705	28 410	102 295
Origines des Caraïbes	124 630	90 810	33 820
Écossais	119 365	15 730	103 630
Haïtien	85 780	70 155	15 630
Origines autochtones	85 060	14 985	70 075
Origines de l'Amérique latine, centrale et du Sud	83 655	51 740	31 915
Chinois	82 665	67 990	14 670
Allemand	78 315	13 785	64 530
Indien de l'Amérique du Nord	74 565	12 755	61 805
Origines sud-asiatiques	74 095	60 885	13 210
Autres origines européennes	73 450	39 550	33 895
Québécois	72 445	48 300	24 145
Origines du Maghreb	71 945	51 545	20 405
Juif	68 485	37 565	30 925
Origines africaines	64 215	42 575	21 645

Source : Statistique Canada, [Recensement de la population de 2006](#).
Dernières modifications apportées : 2009-08-14.

Appendice B

Entrevue sur les points tournants (version enfants)

ENTREVUE SUR LES POINTS TOURNANTS (VERSION – ENFANT)

Présentation du projet de recherche (formulaire de consentement)

Note : L'entrevue dans son entier ne devrait pas dépasser **une heure**. Il faut donc *pondérer le temps* passé à explorer les différentes dimensions, en se rappelant que ce qui nous intéresse est ce qui éclaire la question du façonnement social et culturel des symptômes. Ne pas sur explorer par exemple la dimension des inconforts physiques des symptômes aux dépens des autres difficultés qui préoccupent les parents et du sens qui leur est leur donné.

VOLET 1 : EXPLORATION DU PARCOURS FAMILIAL ET SOCIAL

Comment ta vie se passe-t-elle actuellement?

Peux-tu me parler de ta famille?

- Ici? Au pays d'origine?
- Ailleurs, dans d'autres pays?

Quelles sont les personnes dont tu te sens le plus proche?

- Comment se passe tes relations avec elles?
- Est-ce qu'il y a des personnes dans ton entourage avec qui les relations sont plus difficiles?
- Comment t'entends-tu avec les autres membres de ta famille?

Peux-tu me raconter, dans tes mots, ton histoire ?

- As-tu des frères et sœurs ?
- Où et quand es-tu né ?
- Est-ce qu'on t'a déjà parlé de ta naissance? Est-ce que ça s'est bien passé ?
- Est-ce qu'il y a des choses que tu as vécues depuis ton enfance que tu trouves plus importantes que d'autres? Peux-tu les raconter?

Est-ce qu'il y a longtemps que tu es à Montréal?

- Comment es-tu arrivé ici ?
- Te souviens-tu qui avait décidé de venir?
- Comment est-ce que cela s'est passé?
- Comment as-tu trouvé que c'était Montréal quand tu es arrivé?

Et maintenant, comment se passe ta vie à Montréal?

- Est-ce que tu as gardé des contacts avec ta famille au pays?
- (si oui) Est-ce que tu aimerais les revoir ?
- As-tu pu te faire des nouveaux amis quand tu es arrivé ?
- Et l'école, comment ça se passe?

VOLET 2 : EXPLORATION DES MAUX DE VENTRE

Cette partie de l'entrevue concerne la période où sont apparus les maux de ventre dans la vie de l'enfant, jusqu'à aujourd'hui. L'interviewer doit essayer de faire des *allers-retours* entre les débuts et maintenant, pour voir comment les choses ont globalement évolué pour l'enfant. Il faut éviter de perdre l'intérêt de l'enfant avec des questions trop précises concernant le temps. Les questions sont des portes d'entrée pour explorer différentes facettes de la vie de l'enfant, à partir du temps d'apparition des symptômes à maintenant. Cela peut nous amener à remonter à quand l'enfant avait 3-4-5 ans, mais cela peut aussi nous amener à explorer plus en profondeur un passé plus récent, si les premiers maux de ventre sont apparus dans la dernière année par exemple.

Rappel à l'interviewer : Pour rester au plus près de la sémiologie populaire et de l'expérience de l'enfant, chercher à "ouvrir" les mots et expressions qu'il utilise, pour l'aider à élaborer ses propres sens. Tout en soutenant l'élaboration du récit, pour explorer plus loin, ne pas oublier que le projet est centré sur l'exploration des signes, sens et actions autour des maux de ventre pour l'enfant et dans sa famille : la manière dont ils surgissent, l'impact que cela a dans sa vie, les 'solutions', les réactions des autres, etc. Pour éviter le caractère diffus de l'interview et soutenir l'ancrage pragmatique du récit, se rappeler de l'intérêt de repérer des moments spécifiques (ex : une 'crise' que l'enfant souligne en particulier) et d'en explorer les multiples interfaces.

DÉBUT DES MAUX DE VENTRE

Depuis quand as-tu remarqué des maux de ventre en toi, au tout début ?

- Qu'est-ce que tu as remarqué tout d'abord ?
- Est-ce qu'il y a encore eu autre chose ?
- Est-ce que quelqu'un dans ton entourage s'est aperçu que tu avais des difficultés ?

Qu'est-ce qui se passait dans ta vie, ou bien autour de toi, dans ce temps-là ?

- Peux-tu me décrire ce qui se passait quand tes maux de ventre sont arrivés les premières fois ?
- Y a-t-il un événement particulier dont tu te rappelles ?
- As-tu d'autres souvenirs de ce temps-là ?

Est-ce qu'il y avait d'autres problèmes qui venaient avec le mal de ventre ?
Lesquels ?

MANIÈRES DE FAIRE FACE AUX MAUX DE VENTRE

Comment as-tu réagi à tes maux de ventre au début ?

- En as-tu parlé ? Si oui : à qui ?
- Est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a aidé à ce moment-là ?
- Est-ce qu'il y a autre chose que tu as fais ?

Est-ce que des personnes autour de toi ont essayé de faire quelque chose ?

- Comment est-ce que tes parents réagissent (comportement, attitude) à tes difficultés ? Qu'est-ce qu'ils disent ? Ta mère ? Ton père ?
- Et tes professeurs ?
- Est-ce que d'autres personnes réagissent autrement ?

Et maintenant, est-ce que tu as découvert des manières de soulager tes maux de ventre ?

- Et pour les autres problèmes qui viennent en même temps et dont tu as parlé tantôt, comment fais-tu ?

Est-ce que tu te comportes différemment à la maison quand tu as mal au ventre ?

- Est-ce que c'est comme ça depuis le début de tes maux de ventre ?

SENS DONNÉS AUX MAUX DE VENTRE

Au début quand tu as eu mal au ventre : tes parents, qu'est-ce qu'ils disent que c'est ? Au début est-ce qu'ils pensaient cela aussi ?

Qu'est-ce qu'on a dit dans ta famille quand des enfants ont mal au ventre ?

- Est-ce qu'il y a d'autres personnes dans ta famille qui ont mal au ventre aussi ?
- Qu'est-ce qu'on en dit ?
- Dit-on aussi parfois autre chose ?

Et toi : qu'est-ce que tu t'es dit que c'était ?

- Aujourd'hui est-ce que tu penses aussi à autre chose ?

RÔLE DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE ET RELATIONS SOCIALES

Comment est-ce que tu décrirais la manière dont tu participais aux activités de la famille, dans le temps où tu as commencé à avoir mal au ventre ?

- Et aux tâches à la maison (comme faire tes devoirs, aider les parents) ?

Quand tu as commencé à avoir mal au ventre, est-ce que ça a changé ?

- Si oui, que disaient tes parents à ce sujet ? Est-ce que d'autres personnes ont dit autres choses ?
- Et toi, comment te sentais-tu face à ces changements ?

En dehors de la maison, est-ce que tu avais quelques amis en particulier que tu voyais ?

- Quand tes maux de ventre ont commencé, est-ce qu'il y a eu des changements, est-ce que tu les voyais moins souvent ? Est-ce que les relations avec les amis ont changées ?

Quelles étaient les personnes les plus importantes pour toi à ce moment-là ? Dans la famille ? Et en dehors de la famille ?

- Est-ce que tes maux de ventre faisaient que tu étais moins proche de ces personnes-là ?
- Est-ce qu'au contraire tes maux de ventre t'ont permis de te rapprocher de certaines personnes ?

Est-ce que tu agis d'une manière différente avec tes parents quand tu as des problèmes ? Et avec les autres personnes de la famille ?

- Est-ce que tu as tendance à rester plus seul quand tu a mal au ventre ? Plus que d'habitude ?

Est-ce que tu peux continuer à aller à l'école quand tu as mal au ventre ?

- Est-ce que c'est arrivé que tu restes à la maison ?
- Comment est-ce que cela se passe à l'école quand tu te sens mal ?
- Est-ce qu'il y a des changements dans tes rapports avec les autres ?

RECHERCHE D'AIDE (générale)

Est-ce que tu parles à quelqu'un de ce qui se passe dans ta vie ? Le dis-tu à quelqu'un quand tu a des maux de ventre ? Comment est-ce que cela se passe ?

Si oui: Est-ce que quelqu'un a fait ou dit des choses qui ont aidé à ce moment-là ? Est-ce que tu trouves que cela t'aide d'en parler ? Est-ce que tu voudrais que cela se passe autrement?

Si non: Est-ce que tu aimerais en parler avec quelqu'un ? De tes maux de ventre ou d'autres choses que tu vis ? À qui? Pourquoi ne l'as-tu pas fait?

As-tu déjà refusé de l'aide que quelqu'un t'as proposée?

Est-ce que tu te souviens si vous étiez allez voir quelqu'un, un spécialiste ou une personne en dehors de la maison, pour aider au début ? Si OUI :

- Comment est-ce que cela s'est passé?
- Comment c'était ? (Décrire)
 - Est-ce que tu as pu parler de ce que tu vivais?
 - Est-ce qu'il t'a semblé difficile de parler de certaines choses?
 - Est-ce que tu as pensé que c'était mieux de ne pas parler de certaines choses ?
- As-tu eu l'impression d'avoir été écouté?

Ensuite, est-ce que tes parents ont aussi cherché de l'aide ailleurs? Si OUI :

- Qu'est-ce qui s'est passé?
- Qu'est-ce que tu as pensé de l'aide que tu as reçue?
- Est-ce que tu aurais souhaité une aide différente à ce moment-là? Quel genre d'aide?

EXPLORER L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION

Tout à l'heure, tu as parlé des difficultés (Nommer les difficultés ou les symptômes exprimés par l'enfant ou l'adolescent lors de la première période, par exemple, tristesse, difficultés à l'école, diarrhée)

- Est-ce que ça a été comme cela depuis le début ?
- As-tu toujours ces difficultés ?
 - Si oui : est-ce qu'il a des difficultés qui ont augmentées ? EXPLORER.
 - Si non : Quand est-ce que ces difficultés se sont arrêtées ou ont diminué? EXPLORER.

À la fin:

- *Faire un survol rapide des points principaux de l'évolution (en s'aidant d'une ligne de temps simple et compréhensible pour l'enfant)*
- *jeter un coup d'oeil rapide sur le guide pour vérifier si les dimensions et aspects principaux ont été explorés, en commentant à l'intention de l'enfant que vous voulez vous assurer de n'avoir rien oublié d'important.*

